

MÁRCIA REGINA CANGIANI FABRRO

**O PROCESSO DE FORMAÇÃO DA IDENTIDADE
DA ENFERMEIRA: TRABALHO E PODER NO
CONTEXTO HOSPITALAR**

Campinas-1996

Este exemplar corresponde à redação final da
Dissertação de Mestrado defendida por Márcia
Regina Cangiani Fabbro e aprovada pela Comissão
Julgadora

Data: _____

Assinatura: _____

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do Título de MESTRE em Educação na Área de Concentração Administração e Supervisão Educacional à Comissão Julgadora da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação do Prof. Dr. JOSÉ ROBERTO HELOANI

Comissão Julgadora

*“Nem todos que tentaram conseguiram
mas todos que conseguiram tentaram ”
(Ditado popular)*

Ao *Antenor*, pela compreensão, paciência e ajuda constantes, sem as quais este trabalho não seria concretizado.

Ao *Arieh*, meu único filho, pelo perdão das ausências também de corpo presente.

Aos meus sogros, *Antenor e Ivete* pela preocupação e ajuda constantes no cuidado com o meu filho.

À minha mãe, *Nadir*, pela disposição em ajudar nos momentos difíceis e pelas orações que muito me confortou.

Meus Agradecimentos

Ao prof. Dr. José Roberto Heloani, pela acolhida carinhosa, amiga, pacienciosa e terapêutica nos vários momentos de aflição, a quem devo todo o meu respeito e agradecimento

À Prof. Dra. Maria Inês Rosa pela ajuda no início deste trabalho

Aos professores que participaram do Exame de Qualificação e depois da defesa da Dissertação, pela colaboração que prestaram em ajudar-me a achar os caminhos

Aos professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos pela liberação das atividades administrativas.

Às enfermeiras, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem e a todos que nos concederam as entrevistas, bem como ao hospital que nos possibilitou desenvolver o trabalho.

Ao Jonas..... e Ariane Franciele Piasentin pelo trabalho de digitação e à Angélica..... pela revisão bibliográfica

Aos funcionários da Pós-Graduação em Educação pela atenção e atendimentos prestados

À CNPQ pela ajuda financeira à execução deste trabalho

À todos os colegas e amigos que, às vezes só ouvindo, me auxiliaram no desenvolvimento deste trabalho

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	11
1. TRAJETÓRIA DA MINHA VIDA PROFISSIONAL	14
2. TRAJETÓRIA DA PESQUISA (METODOLOGIA).....	16
3. UNIVERSO DE INVESTIGAÇÃO: O HOSPITAL	40
<i>Um pouco da história do hospital</i>	42
<i>Como é o trabalho no hospital: um outro olhar sobre a organização do trabalho</i>	68
II. IDENTIDADE SOCIAL.....	94
1. O QUE É ENFERMAGEM?.....	94
<i>Um pouco da história de sua profissionalização</i>	94
2. AS INTER-RELAÇÕES DO SOCIAL NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE.....	118
3. AS REPRESENTAÇÕES DO TRABALHO DA ENFERMAGEM: AS ESTREITAS RELAÇÕES NORMATIZADAS DO SEU COTIDIANO	129
4. ESTIGMA E POLÍTICA DE IDENTIDADE	154
III. PROCESSO DE FORMAÇÃO DA IDENTIDADE DE LAÍS(ENF.1) E LETÍCIA (ENF.3): DUAS ENFERMEIRAS	172
1. INTRODUÇÃO.....	172
2. LAÍS	176
<i>Os personagens da identidade-mito: enfermeira padrão</i>	176
<i>Enfermeira - superprofissional/ “responsável por tudo”</i>	177
<i>Enfermeira - que “pega no pé”</i>	183
<i>Enfermeira - mulher que cuida / dona de casa do hospital</i>	195
3. SERÁ QUE PODEMOS FALAR EM METAMORFOSE (IDENTIDADE PÓS-CONVENCIONAL)?.....	206
<i>A pré-consciência da responsabilidade coletiva</i>	207
<i>A enfermeira tenta humanizar-se</i>	211
<i>O enfrentamento da equipe médica e de enfermagem</i>	213
<i>O que fazer? Quem sou eu?</i>	221
4. LETÍCIA.....	224
<i>Os anos que reproduziu a enfermeira - “responsável-por-tudo”</i>	226
5. METAMORFOSE.....	233
<i>A outra Letícia</i>	233
<i>A maternidade: possibilidade de humanizar-se</i>	234
<i>A diferença incomoda: as relações de poder com a chefia de enfermagem</i>	238
<i>A percepção do poder</i>	243
<i>A recusa do estereótipo de “empregadinha de médico”</i>	245
<i>A relação com o funcionário antigo-de-casa: o respeito ao espaço do outro</i>	247
<i>Projetos</i>	250
IV. CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NO DISCURSO DAS ENFERMEIRAS	252
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	294
VI. ANEXOS.....	301
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	301

RESUMO

Esta pesquisa constitui-se em um estudo de caso que busca investigar a construção da identidade da enfermeira no contexto hospitalar. A proposta partiu de depoimentos da equipe de saúde a saber: chefias de enfermagem, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem e equipe médica. Busco saber o significado da hierarquia e implicitamente das relações de poder, das questões do gênero, as determinantes próprias do trabalho da enfermeira e os limites impostos pela organização hospitalar a fim de explorar a forma pela qual estes aspectos se inscrevem na subjetividade da enfermeira, elemento chave para a discussão da identidade. Para isso, nossos referenciais teóricos apoiam-se em FOUCAULT (1977, 1984, 1986 e 1990), DEJOURS (1992), PAGÉS (1987), HABERMAS (1983), CIAMPA (1994) e MEYER, LOPES e WALDOW (1996).

Para buscar respostas à questão norteadora desta pesquisa, utilizamos como fonte primária dos dados 20 entrevistas semi-estruturadas na qual exploramos a trajetória ocupacional; descrição que os agentes fazem do seu cotidiano, de si, de outros agentes e da instituição como um todo; organização do trabalho; controle; condições de trabalho e relação entre mulheres. Além dessas, utilizamos outras fontes de dados como um resgate à história de sua profissionalização e documentos fornecidos pelo hospital visando o aprofundamento das questões levantadas nos depoimentos.

A análise permitiu vislumbrar que a enfermeira passa por uma crise de identidade que se traduz na dificuldade em assegurar sua ação singular, o saber que lhe é próprio, o seu espaço no exercício profissional bem como a uma perda de referência de modelos de cuidado e de enfermeira que serviram por longos anos na figura da enfermeira submissa e despolitizada.

Da análise concluímos que a enfermeira, apesar de ainda dependente da identidade de papel está insatisfeita com o que vive, tanto que, a sensação de opressão, identificada nos depoimentos, já é uma esboço de uma consciência. Entendemos que buscar o entendimento dessa consciência é, antes de tudo, “desnudar” os vários níveis de opressão aos quais está sujeita. A recusa da identidade pressuposta de “empregadinha de médico”, “toca-serviço” e “responsável-por-tudo” conduz a enfermeira a perceber que não basta a competência técnica, mas a competência política é tão ou mais importante para o exercício de seu ofício. Esta competência se manifesta nas várias estratégias de resistência, nas pequenas, discretas e transitórias formas de resistência, por que é a partir de pequenas mudanças qualitativas no “ser” enfermeira que conseguiremos um salto quantitativo, quando se torne concreto a aspiração de relações de trabalho que levem em consideração a liberdade e autonomia dos sujeitos.

I. INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa é investigar o processo de formação da identidade da enfermeira no contexto hospitalar: buscamos saber qual o significado da hierarquia e implicitamente das relações de poder para as enfermeiras e para os outros que convivem o cotidiano de trabalho no hospital a saber: chefias de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem e equipe médica e partir daí explorar os movimentos da identidade da enfermeira.

As questões do poder e da identidade nos intriga já há algum tempo. Durante os três anos que trabalhamos neste hospital universitário, como enfermeira, obtivemos gratificações, desconfortos e dor, mais desconforto do que satisfação. Embora naquela época e mesmo depois tentássemos desvendar o sofrimento que o exercício de nossa função provocava, nos emaranhávamos nas teias das possíveis causas. Resolvemos, então, abordar a questão de outra perspectiva, a do trabalho acadêmico, na busca de descortinar a identidade da enfermeira e a nossa própria identidade.

Ainda trabalhando lá, começou a emergir a representação de que, em algum momento da história das enfermeiras naquele setor, elas apresentavam uma crise de identidade profissional decorrente tanto da percepção de estarem inseridas numa instituição que lhe impelia uma identidade pressuposta de “toca-serviço” como de freqüentemente estarem sujeitas a alterações nas suas rotinas, na quase impossibilidade de organizarem o seu dia de trabalho. Percebemos, no decorrer da análise dos dados que esta identidade estava ligada aos aspectos

organizacionais como a intensificação do ritmo de trabalho e as características próprias do atendimento à parturiente.

O que nos chamou a atenção dizia respeito aos aspectos relacionados com as autoridades da instituição, seja essa autoridade repousada na posição hierárquica (equipe médica e chefias de enfermagem), seja aquelas legitimadas pela antigüidade (equipe de enfermagem - auxiliares e atendentes de enfermagem antigas de casa).

As maiores dificuldades que se apresentavam às enfermeiras pareciam residir na insistência da equipe médica em estabelecer uma relação de mando, determinando para ela uma identidade submissa / subhumana, reforçando quotidianamente que estivessem ao seu dispor; ao mesmo tempo que as impelia a aceitar uma identidade de “responsável-por-tudo”/ super-profissional se responsabilizando por problemas que, muitas vezes estavam fora do seu alcance de resolução. As enfermeiras percebiam as chefias de enfermagem como despersonalizadas e despersonalizadoras na medida em que não se faziam presentes nos momentos de maior aflição bem como não davam respaldo para lidar com os funcionários mais rebeldes e indisciplinados. Daí a percepção de que as chefias eram cobradoras de situações às vezes insignificantes e de que quando pressionadas pela equipe médica traziam à visibilidade a cumplicidade e conivência com ela. Já a relação com a equipe de enfermagem impelia as enfermeiras a assumir a enfermeira que “põe-a-mão-na-massa” na tentativa de impedir a manifestação da “enfermeira- chefona” que sabe mais mandar do que fazer. Só neste nível de representação conseguiam ser respeitadas e exercer efetivamente o exercício de liderança da equipe.

Acreditamos que a enfermeira ainda está fortemente ligada à identidade de papel, tentando à qualquer custo satisfazer o que a instituição espera e exige dela, não percebendo, às vezes, que sua insatisfação é decorrente da reposição destas identidades que no fundo não conseguem superar as contradições. A crise de identidade da enfermeira só vai ser superada quando ela conseguir se descolar da identidade de papel e vislumbrar a possibilidade de dizer Eu, de si mesmas, independente dos objetos externos e das pessoas de referência. A medida em que se conscientizar que as mudanças devem partir de dentro de si mesmas, esperamos que melhor se delineie o seu lugar no espaço social do trabalho hospitalar, suas possibilidades e seus limites e menos árdua possa se tornar sua atuação profissional. Que este trabalho possa contribuir, ainda que incipientemente, para lançar um pouco de luz sobre o drama vivido pelas enfermeiras nos hospitais e abrir canais de comunicação que favoreçam repensar sua identidade.

1. Trajetória da minha vida profissional¹

Inicie o curso de graduação em enfermagem em 1982. Como muitos não sabia direito o que era ser enfermeira, mas talvez impulsionada pelo ideal de cuidar de outras pessoas optei por essa profissão. Por muitos momentos me perguntei como seria o meu futuro trabalho, como é ser enfermeira. Ainda não sabia que o que buscava era minha própria identidade.

Durante a minha formação, como talvez qualquer profissão técnica, estava preocupada com o conhecimento científico, por que não dizer médico. Todas as minhas ações, desde a simples verificação de sinais vitais até a assistência mais complexa, envolvendo pacientes graves podiam ser explicadas pelos princípios científicos. Era preciso saber explicar estas ações e portanto saber mais para explicitamente ensinar a equipe de enfermagem e implicitamente ser diferente dela. Toda hora nos lembrávamos: você será a líder da equipe. Mas como é ser líder? Quem é essa equipe? O que ela espera da enfermeira?

Trabalhar na enfermagem é vivenciar a dor e morte do outro, como lembra PITTA(1991). Mas não queria a morte, queria a vida, o novo, a alegria do nascimento, por isso optei pela obstetrícia. Após fazer o curso de especialização e de trabalhar como enfermeira obstétrica por alguns meses em São Paulo, tive a felicidade de concretizar um velho sonho: ser professora. Então, prestei concurso e fui trabalhar em Marília. Mas como diz o ditado: “Deus escreve certo por linhas tortas”, voltei a assistência. E foi do vivenciar sofredamente este trabalho que surgiram as primeiras inspirações em trabalhar com temas polêmicos como as relações de poder. Contudo, só mais tarde, já no curso da mestrado que pude

¹Esta parte do trabalho está na primeira pessoa do singular por dizer respeito à minha pessoa.

perceber que se tratava da identidade da enfermeira. Até a volta a assistência não tinha percebido que não era o cuidado com o doente que me incomodava mas as relações institucionalizadas com o outro, seja o funcionário, seja a equipe médica. Por que me sentia vazia?

Não foi fácil e acredito que não seja para qualquer enfermeira iniciar sua profissão. Um dos aspectos conflitantes para mim foi a relação com os integrantes da equipe de enfermagem, especialmente os antigos de casa. Muitos tinham idade para ser minha mãe, além de “anos de janela”. Percebi que não era só eu mas eles também estavam com um “pé atrás”. Afinal quem era eu? O que eles esperavam de mim? Mais tarde pude perceber que eles sabiam como deveria atuar a enfermeira. Tanto que, agora posso entender os comentários do tipo: aquela enfermeira é boazinha, aquela só sabe mandar. Ou seja, haviam pré-concepções da enfermeira nova de casa que tendiam a rotulá-la de boazinha ou mandona, conforme sua atitude frente a equipe de enfermagem, especialmente se ela trabalhava em outro setor do hospital, como era o meu caso que vinha transferida de outro hospital vinculado à este. Voltei a me questionar. O que pensa essa maioria que aparentemente aparece como silenciosa e submissa?

Outra descoberta triste é que as minhas expectativas que se construíram durante todo o processo de graduação eram diferentes das expectativas da instituição. Esperava que a instituição investisse em mim, possibilitando um enriquecimento de experiências mas ela só me queria para “tocar-serviço”. Esperava poder trabalhar, ou melhor crescer com a equipe de enfermagem mas a equipe, de certa forma, não precisava de mim como eu pensava que precisaria. Esperava trabalhar com a equipe médica de forma a poder construir para mim

mesma e para eles a importância do meu trabalho, partilhar a assistência como eu sonhava ser um trabalho em equipe, mas só era referência para resolver os “pepinos” e a equipe mais parecia um amontoado de pessoas que só estão juntas por forças das circunstâncias.

À medida que vivenciei estas situações, percebi que a minha ingenuidade e inexperiência esparravam com a esperteza e “jogo de cintura” do funcionário antigo de casa. Além disso a equipe médica ora me era indiferente, ora amistosa, ora autoritária. O que fazer? Aliar-me ou confrontar-me? Percebi também que à medida em que apreendi a prática institucional, que não só saber tecnicamente bem, passei a ser vista com outros olhos pela equipe. O que mudou?

Após quase três anos de trabalho, não agüentei a pressão não só física mas aquela que abalava o meu estado psico-afetivo, através da desvalorização do meu trabalho e conseqüentemente da minha própria auto-estima e também daquela que havia dentro de mim mesma através da negação da enfermeira - “toca-serviço” e “responsável-por-tudo”, o que era a negação da identidade-mito enfermeira-padrão; ao mesmo tempo que insistia em me afirmar como enfermeira. Talvez ainda buscando minha própria identidade que me inspirei naqueles momentos para iniciar o curso de mestrado e poder, assim retomar a identidade de professora. Daí para frente é a trajetória da pesquisa...

2. Trajetória da pesquisa (metodologia)

Introdução

Falando em mudanças, podemos dizer que a própria trajetória da pesquisa também passou por um processo de transformação. Na primeira fase entrevistamos dez funcionários entre enfermeiras, auxiliares e atendentes divididos em antigos e não-antigos de casa. Nessa época estávamos preocupada com vários aspectos: conflitos interprofissionais dentro da equipe de enfermagem, o hospital enquanto local da prática disciplinar e o Centro Obstétrico enquanto setor que contabiliza uma carga psíquica sobre o trabalhador de enfermagem decorrente de vários fatores: complexidade, situações de urgência, imprevisibilidade, interrupções e aqueles relacionados à organização e à divisão do trabalho, tais como, horário, horas-extras, pausas, ritmo, turnos, supervisão com pressão, fragmentação de tarefas, perda do controle sobre o trabalho resultante da separação entre sua concepção e execução e poucas possibilidades de iniciativa.

A qualificação possibilitou entender que o nosso objeto estava amplo demais. Era preciso delimitar melhor. Essa foi uma das dificuldades encontradas no decorrer da análise dos dados, quando os recortes foram se delimitando à medida que o objeto de investigação se delineava. Outra dificuldade enfrentada foi a coleta de dados, em que as entrevistas, de longa duração, aproximadamente uma hora e meia, e a opção de entrevistar os informantes fora do ambiente de trabalho, geralmente em suas casas, exigiram grande esforço e dedicação. O acesso ao hospital também representou uma grande dificuldade. Apesar de não necessitarmos de autorização para realizar as entrevistas, era preciso que o

hospital ficasse ciente de nossa pesquisa, o que foi alcançado via uma Comissão de Pesquisa. Assim pudemos coletar outros dados em documentos que esclareciam as atribuições dos funcionários, fazer visitas à direção, etc., sempre tendo em vista o esclarecimento e o aprofundamento dos aspectos levantados nos depoimentos orais. Essa autorização bem como o retorno dos documentos solicitados demoraram mais tempo do que prevíamos.

As discussões posteriores com o nosso orientador sobre o material até então coletado clarearam nosso projeto. Alguns aspectos marcaram as entrevistas: sobrecarga de trabalho, cobrança excessiva, dificuldade de relacionamento dentro da equipe de enfermagem e uma relação de subordinação/insubordinação entre médicos e equipe de enfermagem, especialmente enfermeiras.

Observamos mudanças no “ser enfermeira” quando da passagem da situação de nova para a de antiga de casa quando a submissão nas relações de trabalho se convertia em confrontos, ora com a equipe médica, ora com a chefia de enfermagem, ora com a própria equipe de enfermagem. Esse confronto nem sempre assumia uma idéia de “briga”, “uma luta corpo a corpo”. Deixava transparecer, muitas vezes, uma atitude mais política, decorrente do amadurecimento da prática institucional. Tanto que identificamos um “esboço” de um contra-discurso sobre a dominação médica e as metas e objetivos da organização hospitalar, especialmente na recusa em aceitar o rótulo de “empregadinha de médico”, as horas-extras, ou as interferências de outras pessoas em assuntos que dizem respeito à organização do trabalho da enfermagem. Percebemos, então, no decorrer da análise dos depoimentos que se

tratava do processo de formação da identidade da enfermeira quando nova e quando antiga de casa.

Paralelamente entrevistamos quatro residentes entre o segundo e o terceiro ano de residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, um docente também diretor clínico do Centro Obstétrico, uma supervisora e uma diretora do Serviço de Enfermagem Obstétrica. Nossa intenção, ao entrevistar a equipe médica, era visualizar como o médico vê a enfermagem, em especial, a enfermeira.

A opção de entrevistar não somente as enfermeiras mas também “todos” que com ela convivem no seu cotidiano de trabalho auxiliou-nos a buscar a sua identidade não só pela imagem que ela tem de si, mas aquela que o outro tem dela.

Entendemos que o estudo da identidade perpassado pelas relações de poder/saber no ambiente hospitalar podem “trazer à luz” o efeito da identidade social enquanto rótulo nas relações sociais e institucionais. Tal enfoque permite conceber as identidades individuais imersas e impregnadas pela identidade social na qual se inserem. Por isso, acreditamos que o nosso estudo já é um indício para compreender melhor os conflitos nas relações de trabalho da enfermagem, porque estes conflitos perpassam discussões sobre o poder e a identidade.

Além disso, para nós, o estudo possibilitou (re)pensarmos sobre nossa própria identidade porque sentimos que fazemos parte deste grupo, com o qual partilhamos uma mesma “comunidade de destino” (BOSI citado por SATOW, 1994:5), ou seja, vivenciamos experiências semelhantes. Por isso, a identificação entre pesquisados e pesquisadora, como nos diz SATOW(1994) é mais forte, visto que não precisamos “entrar” no papel de enfermeira para melhor

compreendê-la. Na verdade, somos o sexto sujeito do nosso trabalho. Isso implica uma facilidade, à medida que não precisamos imaginar como é a realidade vivida pelos pesquisados, mas, ao mesmo tempo, implica uma dificuldade, que foi superada com a ajuda do nosso orientador, em nos distanciarmos do contexto, assumindo um “olhar de fora”, mas que, de certa forma, era também um olhar para dentro de nós, obrigando-nos a refletir sobre nossas próprias atitudes e expectativas frente à profissão, especialmente como docente.

I - Delimitação do objeto de pesquisa

Este trabalho se propõe a estudar o processo de formação da identidade da enfermeira articulando-o às relações de poder/saber que perpassam a vivência com a equipe médica e de enfermagem no contexto hospitalar.

II - Objetivos

Objetivo Geral

Investigar o processo de formação da identidade da enfermeira quando nova e quando antiga de casa.

Objetivos Específicos

Identificar, na fala do trabalhador de enfermagem, como, no embate entre o saber empírico adquirido com os anos de trabalho na instituição hospitalar e o saber institucional, ele constrói e exerce o seu saber e utiliza-o como uma estratégia de poder.

Identificar as situações de competição, subserviência e convivência nas relações dentro da própria equipe de enfermagem e desta com a equipe médica, articulando-as com os movimentos de desenvolvimento da identidade.

III - Hipóteses

São três as hipóteses que norteiam o presente trabalho:

1) Apesar de oficialmente existir uma hierarquia hospitalar explícita nos regimentos do hospital, ela oculta relações de trabalho que dividem os indivíduos de acordo com a antiguidade e a experiência prática.

2) A enfermeira, ao assumir a identidade-papel, ou seja, aquela que lhe é atribuída pela identidade coletiva daquele grupo, “veste” uma imagem de super-mulher responsabilizando-se por todos os problemas, mas contraditoriamente rotula-se de sub-humana por conviver com a submissão frente à equipe médica e à própria instituição.

3) À medida que experiencia as correlações de forças passa a questionar a identidade-papel, ao mesmo tempo em que assume uma atitude mais política, revelando que além da competência técnica, a competência política é tão ou mais importante para o exercício do seu ofício.

IV - Procedimentos Metodológicos

1. Caracterização do local de pesquisa

Nosso universo de investigação é um Centro de Atendimento, específico para a assistência à mulher e faz parte de um conjunto maior denominado Hospital de Clínicas . Por se tratar de um hospital universitário, este fato acrescenta às suas funções tradicionais de assistência ao doente, a formação de profissionais de saúde e a pesquisa em saúde. Para administrar este complexo, é preciso diversificar a atividade hospitalar e incrementar as categorizações hierárquicas (vide organograma-anexo), que manifestam uma desigualdade que induz, continuamente, a estados de poder. Nesse sentido, o hospital universitário pode ser olhado como um microcentro de poder.

Situa-se em uma grande cidade do interior de São Paulo e foi criado em meados da década de oitenta, juntamente com a adoção, pelo Ministério da Saúde, do Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Seu objetivo, expresso em nova versão na portaria GR- 78/91(vide anexo) é: “prestar assistência e realizar atividades de ensino e pesquisa dentro do campo da atenção integral à Saúde da Mulher e do recém-nascido”.

Centramos nossa coleta de dados em um dos seus serviços, o Centro Obstétrico (C.O.). A escolha recaiu sobre ele pelos seguintes motivos: nosso interesse em estudar a formação da identidade da enfermeira que trabalha com a mulher, visto nossa atuação centrar-se nesta área e por ser um serviço que trabalha com um momento feliz do ser humano - o surgimento de uma nova vida

- mas, ao mesmo tempo, retrata agudamente um cotidiano carregado de tensões e conflitos.

Em relação à área física, o Centro Obstétrico possui capacidade de seis leitos de pré-parto, divididos em dois quartos e quatro salas de cirurgia, sendo uma para parto de cócoras.

O espaço físico é dividido em duas áreas, uma semi-restrita, onde há circulação de pessoas não paramentadas e corresponde ao pré-parto e outra restrita, onde se localizam as salas de cirurgia e circulam pessoas com a roupa específica. Além destas áreas, há na área semi-restrita, um expurgo destinado a receber material contaminado, uma copa para descanso e lanche dos funcionários, uma sala de descanso médico, dois vestiários e uma secretaria ou recepção. Na área restrita, além das salas cirúrgicas, há uma sala de recuperação pós-anestésica (R.P.A.), uma área de recepção de recém-nascido (R.R.N.) com capacidade para dois leitos, um posto de enfermagem, além de outras áreas de guarda de roupa, material esterilizado, medicações e equipamentos.

Em relação à organização do trabalho de enfermagem, é feita uma escala de serviço em que os funcionários são escalados para os locais-chave: pré-parto, expurgo, salas de cirurgia, R.P.A. e R.R.N. No entanto, essa escala pode ser alterada de acordo com o número de funcionários presentes e o movimento de pacientes. Inclusive, é comum o funcionário ficar em dois locais-chave ao mesmo tempo.

2. Caracterização da pesquisa

O estudo da identidade articulando as relações de trabalho enquanto relações de poder/saber tem como “pano de fundo” a problemática do sujeito com o poder na construção do seu “modo de ser”. Isto significa a utilização de uma abordagem qualitativa, em especial, um estudo de caso, porque buscamos a compreensão de uma instância particular (a enfermeira naquele contexto) mas que permite generalizações que poderão ser encontradas em outros espaços sociais do trabalho hospitalar onde outras enfermeiras atuam (LUDKLE e ANDRÉ, 1986).

O estudo de caso como método de pesquisa pode ser definido como:

“... um conjunto de dados que descrevem uma fase ou a totalidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e nas suas fixações culturais, quer seja essa unidade uma pessoa, uma família, um profissional, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação”. (YOUNG citado por GIL, 1993:59)

Este sujeito de que falamos é uma imagem de nós mesmas, produzida na prática e nos papéis que nela ocupamos (ALBUQUERQUE, 1978). Portanto, serão privilegiados “o sujeito e a interpretação que ele faz de sua situação social, ou ainda, tentamos ver o indivíduo não mais como objeto, mas como sujeito do conhecimento e da história”. (MARTINS, 1991:169-170)

Conseqüentemente, é o fato de estabelecer as relações dentro do ambiente de trabalho hospitalar que faz com que a enfermeira reconheça sua própria imagem enquanto agente institucional e forme imagens dos papéis dos demais

agentes, o que torna possível assumir certos papéis que decorrem deste reconhecimento da auto-imagem (ALBUQUERQUE, 1978). A título de ilustração, identificamos nas enfermeiras várias personagens para a sua identidade, entre elas - “responsável-por-tudo”, “quebra-galho”, “a-que-pega-no-pé”, etc. - que ora se conservam, ora coexistem, ora se alternam. Já as atendentes buscam uma imagem semelhante à mãe-confidente, e as auxiliares a de uma superprofissional que prova saber o que faz.

2.1. Entrevistas: fonte principal de dados e análise

Os instrumentos de trabalho para essa pesquisa são os relatos ou documentos orais obtidos mediante entrevistas semi-estruturadas, com uso do gravador e realizadas fora do ambiente de trabalho, em horários e locais estipulados pelos entrevistados. A técnica do gravador permitiu que o depoimento fosse registrado e a pesquisadora pudesse ficar atenta a alguns dados, como gestos, emoções, expressão facial, entre outros, que passariam despercebidos se houvesse preocupação em anotar através da escrita. Para isso utilizou-se também o “caderno de campo” para recuperar a riqueza do “vivido” durante a entrevista, no qual anotamos, além do já explicitado, as características mais marcantes do entrevistado, os pontos-chave de seu depoimento, as condições das entrevistas, as relações entre informante e pesquisador, etc. Assim, o “caderno de campo” possibilitou que todos os detalhes fossem anotados logo após a entrevista e futuramente nos auxiliou na orientação mais correta do

significado. Obtivemos, então, a partir dos depoimentos, a construção da fonte primária de dados empíricos da pesquisa.

Aquele que nos forneceu o depoimento não se constitui meramente um informante. Segundo ROSA (1993: 20), “ele fala a partir do lugar que ocupa no campo social, no caso o espaço social do lugar do trabalho e , aí, as relações hierárquicas de trabalho/poder no interior da divisão e organização do trabalho”.

A entrevista se desenrolou mediante uma sistematização dos assuntos que serviram para orientar a entrevistadora na construção do objeto de investigação, porém com a preocupação de interferir o mínimo, pois o importante era estimular o entrevistado a falar sobre determinado assunto, com o mínimo de orientação ou perguntas diretas, a fim de captar melhor as experiências vivenciadas pelo trabalhador de enfermagem no seu ambiente de trabalho. Dessa forma, em vários momentos, a própria resposta suscitou novas perguntas, que procuramos direcionar no sentido de solicitar ao entrevistado explicar melhor determinado ponto, especialmente quando esse ponto era importante para nos dar mais pistas para a orientação do significado e nos elucidar na construção do objeto de investigação. Assim, os temas contemplados foram: trajetória ocupacional; descrição que os agentes fazem do seu cotidiano, de si, de outros agentes e da instituição como um todo; organização; controle; condições de trabalho e relação entre mulheres.

Buscamos, ainda, durante as entrevistas, dirigir-nos não somente para aquilo que se mostrava aparente, mas também desvendar o oculto no próprio discurso, de modo a captar algo que ultrapassasse o caráter individual do que era

transmitido e que se inscrevia nas coletividades a que o narrador pertencia (QUEIROZ, 1991).

2.2. O acesso aos entrevistados

O acesso aos entrevistados não foi feito via institucional, ou seja, no hospital. Como já havíamos trabalhado naquele hospital, recorremos aos laços pessoais com trabalhadores conhecidos por nós, buscando as pessoas que acreditávamos serem capazes de sintetizar aquele ambiente de trabalho, além de serem elementos facilitadores no acesso às outras pessoas. Dessa forma, u, entrevistado nos indicava a outros oferecendo informações sobre a pesquisa, a entrevista e sobre a pesquisadora. Com isso, foi se construindo a interação, que foi facilitada por essa “prévia” do entrevistado anterior. Além disso a opção de realizar as entrevistas geralmente em suas casas contribuiu para diminuir a distância entrevistador-entrevistado.

Em todas as entrevistas buscamos deixar claro ao entrevistado o objeto e o objetivo da pesquisa. Para tranquilizar o entrevistado esclarecemos que ele não era o único entrevistado fazendo parte de uma amostra, e a questão do anonimato, tanto da pessoa como da instituição pesquisada. Pelo fato de sermos “conhecida” de alguns entrevistados, procuramos iniciar a entrevista, solicitando a eles que descrevessem a sua vida e o seu trabalho na enfermagem como se não conhecêssemos nada da área, evitando, dessa forma, colocações do tipo: você sabe como é, você já trabalhou lá... As entrevistas tiveram uma duração, em média, de uma hora e meia.

2.3. O número de entrevistados

O número de entrevistados não foi escolhido tendo em vista uma amostra relevante do ponto de vista estatístico do número de trabalhadores de enfermagem e equipe médica do hospital. Buscamos antes um critério de representatividade numérica que possibilitasse a utilização dos conceitos teóricos, preocupando-nos com o aprofundamento e a abrangência das questões levantadas.

“A estipulação do número de entrevistados é dado tanto pela “diversificação do máximo de informantes” quanto pelo ponto de saturação, que é a frequência com que aparecem os mesmos dados, ao se analisar a documentação oral de forma que coloca limites ao prosseguimento das entrevistas”. (ROSA, 1993:22)

Dessa forma, buscamos uma amostra que fosse ao mesmo tempo representativa de todas as categorias da enfermagem e significativa, no sentido de elucidar nosso objeto de investigação. Esse foi o nosso critério ao escolher a Enf. 1 e a Enf. 3 para analisar o processo de formação da identidade, especialmente porque as mudanças no “ser-enfermeira” quando antiga de casa se mostravam com mais clareza.

2.4. Os critérios de seleção dos entrevistados

A seleção dos entrevistados levou em conta a categoria a que pertencia o entrevistado e o tempo de casa, dividindo a amostra em antigas de casa (3 anos ou mais de trabalho naquele cargo, setor e instituição) e não-antigas (menos de 3 anos). Dessa forma, foram entrevistadas cinco enfermeiras, quatro auxiliares de enfermagem, quatro atendentes de enfermagem, uma supervisora, uma diretora de enfermagem de serviço, um diretor médico de serviço e quatro residentes. Segue abaixo a descrição de cada entrevistado, juntamente com as abreviaturas usadas na análise.

Enf. → *Enfermeira* - Enf₁, Enf₂, Enf₃, Enf₄, Enf₅

Enf₁ - antiga de casa. Trabalhou cinco anos no Centro Obstétrico.

Enf₂ - não-antiga de casa. Exerce o cargo de enfermeira no Centro Obstétrico há dois anos, porém está há cinco anos na instituição, onde trabalhava como técnica de enfermagem.

Enf₃ - antiga de casa. Trabalhou três anos no Centro Obstétrico e está há dez anos na instituição.

Enf₄ - situação semelhante à Enf₂. Exerce o cargo de enfermeira no Centro Obstétrico há um ano, porém está há oito anos na instituição, onde trabalhava como técnica de enfermagem.

Enf₅ - antiga de casa. Trabalhou cinco anos na Central de Material e três anos no Centro Obstétrico.

Aux → *Auxiliares de Enfermagem* - Ax₁, Ax₂, Ax₃, Ax₄

Ax₁ - antiga de casa. Trabalha há mais de oito anos no Centro Obstétrico.

Ax₂ - antiga de casa. Trabalha há quatro anos no Centro Obstétrico.

Ax₃ - não-antiga de casa. Trabalha há dois anos no Centro Obstétrico.

Ax₄ - não-antiga de casa. Trabalha há dois anos no Centro Obstétrico como auxiliar de enfermagem, porém está há sete anos na instituição, onde trabalhava como atendente de enfermagem.

At → *Atendentes de Enfermagem* - At₁, At₂, At₃, At₄

At₁ - antiga de casa.

At₂ - antiga de casa.

At₃ - antiga de casa.

At₄ - antiga de casa.

Todas têm mais de cinco anos de trabalho no Centro Obstétrico.

R Residentes

R.R₁ - residente do sexo feminino no 2º ano de residência médica em Obstetrícia e Ginecologia.

S.R₂ - residente do sexo feminino no 3º ano de residência médica. Opção pela especialidade Ginecologia.

F.R₃ - residente do sexo masculino no 3º ano de residência médica. Opção pela especialidade Ginecologia.

A.R₄ - residente do sexo masculino no 3º ano de residência médica.

Opção por Obstetrícia.

Supervisores e diretores

Dir. Med. → Diretor Clínico do Centro Obstétrico

Dir. Enf. → Diretora do Serviço de Enfermagem Obstétrica

Superv. → Supervisora do Centro Obstétrico

2.5. A análise das entrevistas

As entrevistas gravadas e transcritas foram analisadas num procedimento em que se destacam alguns momentos significativos (QUEIROZ, 1991:117).

Num primeiro momento:

- a) na primeira leitura assinalamos as palavras-chave a fim de detectar os tópicos gerais de cada depoimento;
- b) uma segunda leitura possibilitou a reescrita de cada entrevista na forma de um esboço geral, originando os principais temas.

Nossa preocupação ao fazer esse esboço geral era não perder as várias facetas do discurso, de forma que a análise posterior não fosse tratada como peça externa ao produtor e destacada das condições em que fora produzida (TRIGO e BRIOSCHI, 1992).

Num segundo momento:

- a) optamos por duas entrevistas de cada categoria profissional a saber: enfermeiras, auxiliares e atendentes, totalizando seis entrevistas. A opção por

essas entrevistas foi baseada no critério de representatividade e por se apresentarem mais significativas para elucidar as questões da identidade e das relações de poder. Já os depoimentos da direção e da equipe médica foram analisados destacando-se as informações que aprofundavam e esclareciam os aspectos levantados nos depoimentos da equipe de enfermagem.

b) iniciamos então a fragmentação das entrevistas segundo os temas originados do primeiro momento. Percebemos que havia certas semelhanças entre os depoimentos das enfermeiras, auxiliares e atendentes, o que possibilitou reuni-los em “famílias” de depoimentos.²

c) à medida que reunimos as “famílias”, pudemos agrupar umas às outras formando as categorias propriamente ditas e as subcategorias, que serão sintetizadas a seguir.

Num terceiro momento, optamos por duas enfermeiras para fazer a análise do processo de formação da identidade da enfermeira visto que elas, em alguns aspectos eram sintetizadoras das outras enfermeiras, o que nos possibilitava identificar os personagens da identidade-mito enfermeira-padrão. Em outros aspectos, nos possibilitavam explorar as mudanças no “ser-enfermeira” enquanto antiga de casa, na tentativa de “descolar” de sua identidade aquela que lhe é atribuída pela identidade-mito enfermeira-padrão. Seria possível vislumbrarmos

²QUEIROZ(1991) no capítulo IX do seu livro “Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva” nos coloca que a análise das entrevistas de uma pesquisa, realizada por ela e sua equipe, sobre a visão das condições de vida na cidade de São Paulo, entre 1920 e 1937, levou-a a admitir a necessidade de conservar cada depoimento como uma totalidade, no entanto, após o manuseio constante do material verificou que eles se diferenciavam de acordo com certa ordem temática; noutras palavras, havia certas semelhanças entre determinados depoimentos que permitiram a ela distinguir “famílias” de depoimentos. Foi possível, então, reunir todos os que se assemelhavam, compondo subtotalidades que, justapostas, comporiam o relatório final.

a emancipação da enfermeira dos rótulos e papéis que a identidade social determina no “dever-ser-enfermeira”?

Num quarto momento retomamos os outros três depoimentos de enfermeiras buscando os aspectos convergentes e divergentes em relação à identidade-papel da enfermeira.

Síntese dos resultados

1. CATEGORIA: Identidade coletiva

Subcategorias

1.1. Imagem do outro: colega de trabalho, enfermeira, médico, supervisora e diretora

1.2. Relação entre mulheres

2. CATEGORIA: Organização do trabalho e relações de poder

Subcategorias

2.1. Sobrecarga de trabalho

2.2. Condição de trabalho

2.3. Característica do setor

2.4. Insatisfação no trabalho

2.5. Controle

2.6. Punição

2.7. Novo x Antigo

3. CATEGORIA: Identidade individual

Subcategorias

4.1. Representação de si mesma e do seu trabalho

4.2. Transformações consigo mesma

4.3. Transformações com o trabalho

Em resumo, o primeiro momento diz respeito a cada depoimento *per se*, o segundo momento se deu no conjunto de depoimentos escolhidos (06) e na ordenação de uns em relação aos outros. Esse momento possibilitou um enriquecimento do estudo. Segundo (DEMARTINI, 1992), da análise de várias pessoas que representam posições diferentes (enfermeira, auxiliar e atendente de enfermagem) emerge o confronto destas diferentes posições, ou ainda, fica possível ir complementando os aspectos que em cada uma podem se apresentar como avulsos. O terceiro momento corresponde à opção de trabalhar o particular como expressão do universal (CIAMPA, 1994). Segundo DEMARTINI (1992:50-1):

“não se trata de abordar determinados temas apenas quando se tem um número de informantes significativo, mas, ao contrário, é preciso aproveitar toda a riqueza que pode existir a partir de formulações de um único ou de poucos informantes disponíveis. A pesquisa com casos únicos justifica-se na medida em que o informante vivenciou as situações que se pretende conhecer, acompanhou processos em curso e dispõe de informações que podem ser fundamentais para a compreensão de um determinado problema”.

O quarto momento possibilitou subsídios para que refletíssemos sobre o porquê e o como algumas enfermeiras se submetem ao processo de disciplinarização, docilização e interiorização da identidade-papel da enfermeira,

ficando à mercê de rótulos estigmatizantes e discriminatórios. Dessa forma, o quarto momento complementou o terceiro pois podemos confrontar os discursos das enfermeiras e visualizar que algumas não conseguem se “descolar” da identidade-papel enquanto que outras tentam bloquear o processo de re-posição das personagens da identidade-mito-enfermeira-padrão.

2.6. Outros fontes de coleta de dados

Foram realizadas visitas à direção do serviço com o intuito de obtermos e esclarecermos os documentos fornecidos. Esses documentos foram utilizados para registrar o organograma do hospital; o quadro de pessoal em relação à frequência para cada categoria (enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem) e em relação ao sexo, idade, número de filhos, tempo de casa e escolaridade. Também foram exploradas as horas-extras e as médias de horas-extras realizadas por cada categoria nos meses de agosto, setembro e outubro de 1995 (todos esses dados se encontram em tabelas e gráficos no anexo I do trabalho, com exceção da tabela de horas-extras e do gráfico pessoal vs atendimento que se encontram no corpo do trabalho). Além disso, o anexo II contém as atribuições de cada categoria; a estruturação do quadro de carreira; a portaria GR-78/91 que define a estrutura e os objetivos do hospital, a portaria GR-118/94 que define a contenção de gastos para equilibrar as despesas as receitas e uma proposta de estruturação da divisão de enfermagem do hospital.

2.7. Referenciais Teóricos

Os referenciais teóricos para o desenvolvimento do trabalho foram assim distribuídos: para a categoria relações de poder, utilizamos FOUCAULT (1977,1984, 1986), pois foi um dos mais sérios pesquisadores do poder institucional como exercício de disciplina expressa em um discurso normatizador. Suas contribuições teórico-metodológicas à reflexão sobre o poder na sociedade contemporânea são um dos guias para relacionar as questões do poder e do saber na construção da identidade social e, conseqüentemente, individual. Além dele, utilizamos PAGÉS(1987) a fim de explorar o discurso da humanização do ponto vista político-ideológico na construção de mecanismos de gestão política da subjetividade do trabalhador de enfermagem, em especial da enfermeira. Para as questões da identidade utilizamos CIAMPA (1994) e HABERMAS (1983) porque são dois especialistas no estudo da identidade. HABERMAS é um teórico clássico e CIAMPA já conquistou nacionalmente o seu espaço enquanto pesquisador social.

Para auxiliar na análise da identidade coletiva dos grupos de referência para a enfermagem utilizamos GOFFMAN (1982) e especialmente BERGER e LUCKMANN (1991) que muito nos auxiliaram a entender os rótulos produzidos pela sociedade na construção da realidade objetiva e subjetiva dos indivíduos. Para as questões que envolvem a organização e a psicodinâmica do trabalho,

utilizamos DEJOURS(1992) e MENZIES(1970) na tentativa de compreender o sofrimento no trabalho e os mecanismos de defesa coletiva³.

2.8. Estruturação do trabalho

Apresentados os procedimentos teórico-metodológicos, este trabalho foi assim estruturado: no capítulo introdutório trazemos a trajetória da nossa vida profissional articulando-a com a escolha do tema. No momento, situamos e justificamos a questão da pesquisa caracterizando, logo após, o universo de investigação: o hospital, numa abordagem histórico- política- psicológica.

No Capítulo II, situamos o processo de institucionalização da enfermagem, também numa abordagem histórica, contudo apreendendo da prática diária da enfermagem as táticas/técnicas disciplinares presentes nas relações de poder/saber que perpassam o cotidiano de trabalho entre as enfermeiras, equipe de enfermagem e equipe médica. Ancorando esta discussão, trazemos os estereótipos acerca da enfermagem entendendo que as pessoas já têm preestabelecida a imagem do objeto com que vão se deparar e essa imagem carrega símbolos de estigma que tendem a rotular e padronizar as relações dentro da própria enfermagem e desta com a equipe médica.

No Capítulo III, exploramos os personagens da identidade-mito enfermeira-padrão e vislumbramos mudanças no “ser-enfermeira” na busca de

³Além destes, utilizamos enfermeiros-pesquisadores, alguns já considerados clássicos nas discussões que envolvem a enfermagem, a saber: ALMEIDA e ROCHA (1986), MELO (1986), SILVA (1986), LOYOLA (1984), PIRES (1989) e TREVISAN (1988). A década de 90 trouxe outros como: FONSECA (1996), WALDOW (1995, 1996), LOPES (1996a, 1996b) e MEYER (1995,1996).

tentar “descolar” de sua identidade pessoal a identidade-papel da enfermeira-padrão. Constatamos que à medida que a enfermeira vivencia as correlações de forças, sente-se mais “segura” para enfrentar o sistema, este representado pela dominação médica e pela imposição dos objetivos da instituição hospitalar.

No último capítulo, que denominamos convergências e divergências no discurso das enfermeiras, buscamos nos outros três depoimentos das enfermeiras, os aspectos que tendem para uma aceitação dos rótulos e pré-concepções que caracterizam a identidade-papel da enfermeira, fazendo um contraponto com os aspectos que se afastam dessa identidade. Dessa forma, pudemos refletir como e por que algumas enfermeiras não se submetem ao processo de disciplinarização, docilização e interiorização da identidade-papel da enfermeira e quais as estratégias que utilizam para se afastar desse processo.

3. Universo de Investigação: o hospital

Introdução

Inicialmente consideramos prudente explicar por que focalizar o estudo em um hospital de ensino. Em primeiro lugar porque toda nossa formação profissional e institucional até três anos atrás se deu nesse “tipo” de hospital, então temos uma “bagagem” de vida que não pode ser desprezada. A própria escolha do objeto já implica interesses e valores, o que impossibilita “a” objetividade. Segundo SAWAIA, citada por SATOW(1994:4), “o conhecimento é a intervenção do subjetivo no objetivo e do objetivo no subjetivo”. Portanto, não podemos destacar as nossas impressões enquanto observadores de uma realidade, não “perdendo de vista” o distanciamento necessário para compreender esta realidade.

“O grau máximo de objetividade é conseguido quando se inclui a subjetividade. Com isto, não nega a existência de uma realidade objetiva. O que nega é a possibilidade do conhecimento objetivo (...) Se o que investigo é a conduta humana, esta conduta é sempre entendida como uma relação e supõe, também sempre, a subjetividade (**de quem olha e de quem é olhado**). Portanto, o conhecimento será aquele que *na relação se fez dela própria*. É a relação o que se conhece. E ela é sempre *uma realidade*

intersubjetiva". (BLEGER citado por GUIRADO, 1987:3) (A observação entre parênteses é nossa)

O hospital, a partir do século XVIII, como veremos, assumiu efetivamente sua função de "lidar com vidas humanas" no sentido de possibilitar conhecimentos sobre o corpo humano. De todas as evoluções que se processaram no hospital, mudando suas características, finalidades, administração, sujeitos, instrumentos e processo de trabalho, continua sendo o homem que sofre e morre o elemento mais constante dessa trajetória.

Hoje, além de representar o processo contínuo de "consertos" que possibilita ao homem-máquina retornar o mais depressa à circulação como mercadoria ambulante, ele representa também local de consumo de medicamentos, material e equipamentos médico-hospitalares que o fazem uma instituição complexa (RIBEIRO, H.1993).

Para administrar esse complexo, a burocracia é o tipo de organização que possibilita o exercício de dominação baseado no saber e no poder que daí advêm. Este é o traço que torna o hospital especificamente racional bem como o constitui numa burocracia *sui-generis*, porquanto dirigida por um "colegiado de empresários", os próprios médicos (MILLS citado por ALBUQUERQUE, 1978). É preciso ter um conhecimento técnico que, por si só, é suficiente para garantir uma posição de extraordinário poder sobre a VIDA e MORTE, conhecimento que se traduz no saber racional médico. Em consequência, deveria haver uma tendência do predomínio da objetividade em detrimento da subjetividade que não tem lugar na lógica racional, o que não acontece, como veremos no capítulo dois.

Antes, porém, de analisar o processo de burocratização do hospital, gostaríamos de retroceder um pouco na sua história. A partir de que momento podemos considerar o hospital como instrumento terapêutico, no sentido de intervir sobre a doença e o doente? As análises dos antecedentes históricos possibilitaram a base necessária para a compreensão do hospital contemporâneo e da institucionalização da medicina e da enfermagem.

De uma abordagem histórico-política, passamos a analisar o discurso que se produz no hospital, do ponto de vista ideológico, como fenômeno de apropriação do sentido e dos valores. Finalizamos este capítulo procurando compreender a dinâmica das relações grupais e institucionais, do ponto de vista psicológico, como fenômeno de conflitos, defesas e ansiedades produzidas nestas relações, através de um outro olhar sobre a organização do trabalho. Um olhar que supõe a fantasia, o desejo, as ansiedades e os mecanismos de defesa da conduta humana.

Um pouco da história do hospital

As sociedades tribais, primitivas achavam que as enfermidades eram provocadas pelos espíritos malignos. Os feiticeiros, em cujas mãos estava a tarefa de curar os doentes, uniam a magia e a religião ao conhecimento empírico de raízes, ervas e frutos. O cuidado dos doentes e feridos era feito na própria casa e a cargo das mulheres de sua família (SILVA, 1986).

A civilização helênica, em todo o período homérico (1200 - 800aC), atribuía aos fatores sobrenaturais a causa das doenças. Quanto à terapêutica,

reunindo elementos mágicos, religiosos e empíricos, era praticada ocasionalmente nos templos, cujos sacerdotes foram considerados os primeiros médicos. Os santuários eram considerados autênticos hospitais, onde os doentes vinham consultar as divindades. Com a era de Hipócrates (460 - 375aC), teve início a observação cuidadosa dos fatores clínicos. Refutou-se a explicação sobrenatural das doenças e partiu-se do pressuposto de que a doença se originava do desequilíbrio dos humores do corpo, aliando este às condições atmosféricas e climáticas (SILVA,1986).

O advento do cristianismo trouxe a visão da enfermidade, entendida como um castigo divino, mas proveniente de um Deus misericordioso e bom; transformou-se a doença num instrumento de remissão dos pecados e salvação para a vida eterna. Ademais, aqueles que cuidavam dos enfermos, tinham a oportunidade de salvar a própria alma (SILVA, 1986).

A era cristã foi marcada pela prática médica associada à prática religiosa, de tal forma que seitas religiosas determinavam a construção de hospitais ao lado de igrejas e mesquitas. A finalidade dos primeiros hospitais era o atendimento aos pobres e isolamento dos doentes, visando apenas à diminuição do sofrimento. A religião cristã continuou a exercer influência no estabelecimento dos hospitais durante a Idade Média. Nos séculos XII e XIII, os frades aprendiam noções de medicina e os monges passaram a exercer a prática médica fora dos conventos, atendendo ao chamado de doentes (TREVIZAN,1988).

“O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do ocidente, desde a Idade Média não é uma instituição

médica, e a medicina é, nessa época, uma prática não hospitalar.”

(FOUCAULT,1984:101)

A peste negra (1340-1360) reduziu em um terço a população européia e juntamente com outras epidemias influenciou a construção dos primeiros hospitais sob controle municipal, geralmente distantes de zonas urbanas. Representaram o resultado de um grande movimento social e higiênico para cercear as epidemias e isolar os doentes, como medida de proteção da sociedade.

Dessa forma, do século XVI ao XIX, o hospital destinava-se, principalmente, à manutenção da ordem social. Misturavam-se, nos hospitais gerais, "loucos", criminosos, prostitutas, homossexuais e mendigos, ou seja, ao mesmo tempo atendiam doentes e necessitados, refletindo, portanto, um forte caráter de controle social.

Até o século XVIII, o doente que era preciso curar não era o personagem ideal do hospital; era o pobre a quem se devia dar os últimos cuidados e o sacramento. Tanto que se dizia correntemente que o hospital era um morredouro, por isso o pessoal hospitalar não era destinado à cura do doente, mas à sua salvação. Daí o caráter religioso caritativo das práticas hospitalares até então (FOUCAULT,1984).

Quanto à prática médica, até meados do século XVIII, não se permitiu a organização de um saber hospitalar, visto que era profundamente individualista. FOUCAULT (1984) entende por individualista uma relação que envolvia, de um lado, o médico, qualificado através de uma transmissão de receitas (a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico) e de outro, o doente. O

médico devia acompanhar o doente e a doença desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que se afrontavam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. Portanto, a intervenção do médico sobre a doença era organizada em torno da noção de crise. A crise era um jogo entre a natureza, a doença e o médico.

A própria organização do hospital, até então, não permitia a intervenção da medicina, tanto que, existiam duas séries paralelas de cuidados às pessoas: uma série médica, cujos cuidados eram exercidos em espaço não hospitalar, nas casas, e uma série hospitalar, onde a disciplinarização da pobreza e das anomalias humanas eram administradas (FOUCAULT, 1984).

A partir do século XVIII, a medicalização do hospital e a hospitalização da medicina buscaram primeiramente a anulação dos efeitos negativos do hospital, da desordem que ele suscitava ao desenvolver e espalhar doenças nas pessoas internadas e na sociedade, e também da desordem econômica e social de que era foco perpétuo.⁴

As razões econômicas e o desejo de evitar as epidemias estão aliados à questão da importância e do valor (inclusive econômico) da vida humana com a mudança das relações sociais de produção. O custo da "produção" de um "soldado", por exemplo, que até o século XVII era quase nenhum, passou, com o desenvolvimento da tecnologia, a pesar no bolso do "investidor". Tanto que as

⁴Sobre o saber médico-higiênico como primeiro projeto de organização do espaço urbano no Brasil(1880-1920) através da difusão das disciplinas ver: HELOANI,J.R.(1991a) Modernidade e Identidade: os bastidores das novas formas de exercício do poder sobre os trabalhadores. São Paulo: PUC (Tese -Doutorado), especialmente o capítulo III.

primeiras reorganizações hospitalares na Europa se deram nos hospitais marítimos e militares.

Essas transformações podem explicar por que a reorganização do hospital não partiu de uma técnica médica, mas de uma tecnologia política: a disciplina.

“O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas à formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna obediente quanto é mais útil e inversamente”. (FOUCAULT,1986:127)

Dessa forma colocamos o problema de uma relação específica do poder sobre os indivíduos que incide sobre os seus corpos e utiliza uma tecnologia própria de controle. Contudo, ela não é exclusiva do hospital. Aparece em prisões, no exército, na escola e nas fábricas, portanto se dissemina em todos os níveis da sociedade.

Foi esse tipo específico de poder que FOUCAULT chamou de disciplina ou poder disciplinar. Em relação à extensão, esse poder não pode ser considerado nem um aparelho, nem uma instituição, por não se limitar às suas fronteiras. Em relação à sua natureza, é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder (MACHADO in FOUCAULT, 1984). “O poder disciplinar permite o controle minucioso do corpo, realiza a sujeição de suas

forças e lhe impõe uma relação de docilidade - utilidade” (FOUCAULT, 1986:126).

“A disciplina implica em uma nova moral: a da produção, do uso intensivo do tempo e do ordenamento das aptidões. A disciplina é o instrumento de economia do poder e de gestão do capital”.(FOUCAULT citado por HELOANI, 1991a:95)

Para atingir a concretude do indivíduo, o poder disciplinar dispõe de quatro características. A primeira é a distribuição dos indivíduos em um espaço individualizado, classificatório, esquadrinhado e especialmente hierarquizado capaz de desempenhar funções diferentes segundo o objetivo específico que deles se exige. Essa particularidade do poder disciplinar permite ao hospital de ensino, por um lado, reorganizar os indivíduos conforme suas necessidades imediatas, ou seja, estar onde for preciso, mesmo que para isto haja alterações nas atribuições formalmente estabelecidas. Por outro lado, oculta a contradição existente na relação capital-trabalho, na qual o “homem certo”, disciplinado, no lugar “certo” realiza o máximo de produtividade apropriada ao capital (SEGNINI, 1988). Isso é explicitado pela atendente quando nos diz que ora exerce suas funções de atendente, ora exerce funções do auxiliar, dependendo do que convém à chefia.

“... por exemplo, não tem três auxiliares no setor, então deslocam um de nós para o R.P.A. (recuperação pós-anestésica).

naquele dia ela serviu, naquele dia ela sabe fazer, isso aí que eu falei que está a injustiça. Por que naquele dia eu sei “tocar” sozinha uma R.P.A., por que naquele dia eu posso ficar no R.N. (recepção de recém-nascido), eu posso ficar no pré (pré-parto) sozinha? Por que no dia seguinte eu não sirvo? Por que tem funcionária suficiente?”. (At.4)

Pudemos perceber pela fala dessa atendente que a própria organização da prática de enfermagem se utilizou do quadriculamento colocando cada indivíduo no seu lugar e cada lugar para um indivíduo, organizando um lugar analítico onde tudo possa ser controlado, conhecido, dominado e principalmente utilizado. A organização estabelece assim um controle do espaço e do tempo do funcionário, objetivando o aumento de sua utilidade para o hospital.

“A disciplina não pode ser dissociada da análise do espaço que a exerce. Este espaço é intensamente administrado, não apenas para a disposição, o arranjo, a classificação, mas também para a manutenção e diluição da rede de relações em uma dimensão de mando implícita a este mesmo espaço”.(HELOANI, 1991a:100)

A segunda característica é o controle do tempo que tem como objetivo produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficácia. Para atingir esse objetivo, a organização do trabalho de enfermagem busca no modelo de rotinização o controle minucioso de todas as variáveis que podem interferir, não tanto no

resultado de uma ação, mas no seu desenvolvimento. O modelo de rotinização, determinando as atribuições e o momento exato de desempenhá-las é tão cobrado na instituição de ensino, a ponto de tornar o controle ineficaz, quer dizer, buscase a eficiência (qualidade de atendimento) através do controle sobre o trabalho do outro, mas fica muito mais clara a tentativa de controle disciplinar do que a tentativa de controle de qualidade⁵- cobrar por cobrar (HELOANI,1991a).

Vejamos o relato de uma enfermeira e o de uma atendente:

“... são cobranças assim ... que eu não vejo como, é meramente um forro, que é simplesmente pegar e trocar um forro, o forro sujou troca, o lençol sujou troca, não vejo sentido neste tipo de cobrança... às vezes, o pessoal do setor (das enfermarias) acabam... tão cansadas com este tipo de cobrança que ficam assim desesperada para dar um banho, para dar um café da manhã prá uma paciente... a paciente ainda não teve um controle de sinais vitais, não recebeu medicação direito por causa da cobrança externa...”(Enf.1)

⁵Segundo HELOANI (1991a), “a divisão do trabalho(no modelo de rotinização do trabalho) não tinha por escopo a produtividade e sim evitar o contato entre os operários. O trabalho era simplificado até o ponto que poderia ser exercido por um operário que desconhecesse o processo produtivo como um todo. Por esse motivo, as empresas analisadas(por Fleury que formulou as principais características deste modelo através de uma pesquisa de campo realizada no final da década de 70) dispunham de quadros superdimensionados voltados para a manutenção de altas taxas de rotatividade e baixos salários. A partir daí a eficiência foi fatalmente deixada de lado em função do controle sobre o trabalhador”(HELOANI, 1991a: 388. As observações entre parênteses foram incluídas por nós de outros trechos do mesmo trabalho citado)

*“... entre os plantões, não existe aquela coisa de colaborar, então eu acho que um plantão é segmento do outro, só que não existe isso, existe uma cobrança de um plantão para o outro muito grande. **Só que se você deixa perfeito, você é cobrado, se deixa alguma coisa prá trás porque não viu, você é cobrado. Então, isso acaba sufocando o dia-a-dia da gente.**”(At.4)*

A terceira característica é a vigilância como um dos seus principais instrumentos de controle. Mas é uma vigilância muito especial, porque ela não se exerce de forma fragmentada e descontínua, mas precisa ser percebida como contínua, perpétua e permanente, de forma que quem é vigiado adquira de si mesmo a visão de quem o olha. Olhares invisíveis que permitem ver tudo permanentemente sem ser visto, olhar que observa para controlar (O Panoptismo in FOUCAULT,1986).

“a gente trabalhava (no hospital particular) com mais liberdade, a gente vivia mais no nosso mundo, você tinha mais contato com o médico de criança, e nada mais. A chefia mal tinha tempo de passar por ali e a gente tinha que dar conta do recado, era entre você e a paciente só, não tinha tantas mãos e olhos para ver”.(Aux.1)

“O exame é vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e,

por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade tornou-se um elemento pertinente para o exercício do poder”. (FOUCAULT, 1984:107)

Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados, ao mesmo tempo em que possibilita ao poder disciplinar se exercer, tornando-se invisível. O exame faz também a individualidade entrar num campo documentário e abre duas possibilidades: por um lado, a constituição do indivíduo como objeto descritível, não para reduzi-lo a traços específicos, mas para mantê-lo em seus traços singulares, em suas capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente; por outro lado, a constituição de um sistema comparativo que permite comparar as diferenças para melhor dominá-las. Ao mesmo tempo, homogeneizar e heterogeneizar constituindo-se em um meio de controle e um método de dominação, em que cada um recebe como *status* sua própria individualidade, mantendo-se o indivíduo ligado às medidas, aos desvios, às notas que o caracterizam e fazem dele um caso. O poder disciplinar, portanto, é produtor da individualidade e do conhecimento que do indivíduo se pode ter (FOUCAULT, 1986).

“O saber permite organizar uma tecnologia de manipulação das particularidades de cada trabalhador. Todas as informações sobre a “performance” do trabalhador são classificadas e ordenadas para se obter o melhor desempenho total de produção e o controle de sua capacidade de visão”.(HELOANI, 1991a:99)

Mais a frente o autor completa que “a individualização, portanto, não é reconhecimento das aptidões do corpo, por parte do capital, mas um discurso adicional para sua apropriação” (Op.cit.:100).

O século XIX marcou a incorporação da "clínica" como técnica de conhecimento anatômico e fisiopatológico do corpo humano num campo hospitalar reorganizado onde a doença se torna objeto de estudo no corpo vivo dos indivíduos. Será este novo conteúdo científico capaz de contribuir para o melhoramento social ao mesmo tempo que possibilitará o reconhecimento e valorização da medicina clínica (FOUCAULT, 1977).

O hospital torna-se, então, aparelho de "examinar" e proporciona uma observação regular que coloca o doente em situação de exame quase perpétuo com duas conseqüências:

“na hierarquia interna, o médico substitui o pessoal religioso e lhe confia um papel determinado mas subordinado, na técnica do exame; aparece então a categoria enfermeiro; e quanto ao próprio hospital, antes local de assistência, vai tornar-se local de formação e aperfeiçoamento científico”. (FOUCAULT,1986:165)

A partir da segunda metade do século XIX, o hospital-edifício se organizou, pouco a pouco, como instrumento de ação médica, permitindo a boa observação dos doentes e a melhor coordenação dos cuidados. A forma dos edifícios, através da separação dos doentes, devia impedir os contágios, e a

ventilação devia evitar que vapores deletéricos se estagnassem em volta do paciente (FOUCAULT, 1986). O hospital, onde os doentes eram examinados, tornou-se, em si mesmo, uma escola, onde o aluno aprenderia, não o que os mestres de outrora acreditavam saber, mas vivenciaria a observação e exercitaria, na própria prática, ao leito dos doentes (FOUCAULT,1977) .

O capitalismo, desenvolvendo-se em fins dos séculos XVIII e XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo como objeto e alvo de poder (FOUCAULT,1986).

“Foucault salienta que a medicina científica, nascida em fins do século XVIII, é uma medicina social, centrada no coletivo, umbelicalmente ligada à economia capitalista, penetrando nas relações de mercado, mediante uma tecnologia própria, *uma tecnologia do corpo social*”.(FOUCAULT citado por RIBEIRO,H.1993:54)

Não mais mendigos, mas os produtivos constituíram a clientela preferencial das preocupações sanitárias. A medicina e suas técnicas vão sistematicamente preenchendo espaços e determinando novas formas de relação e divisão do trabalho no interior dos hospitais. Passou a ser, além de instrumento de controle social, um instrumento de reposição e reprodução da força de trabalho para garantia da continuidade do ciclo produtivo (SOLER,1993). A

medicina social assim construída, salienta RIBEIRO,H.(1993), é uma estratégia biopolítica de controle da força de trabalho, conduzida pelo Estado capitalista.

A quarta característica é o registro contínuo que se estendeu desde a identificação do doente, doença e tratamento envolvendo médicos, enfermeiras, farmacêuticos, etc. e que se constitui num campo documental no interior do hospital, que passa a ser não somente lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação do saber médico. Se antes o saber médico se limitava a uma transferência de receitas, encontradas nos grandes tratados clássicos de medicina, passa agora a ser encontrado no que é quotidianamente registrado no hospital. A escrita disciplinar será, então, utilizada para administrar o adestramento:

“O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de apropriar-se e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou, sem dúvida, adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo”. (FOUCAULT,1986:153)

A formação da medicina hospitalar se deve, como vimos, ao disciplinamento do espaço hospitalar, mas também às transformações ocorridas nessa época no saber e na prática médica. A cura, que até meados do século XVIII se endereçava à doença propriamente dita, estendida como momento de crise, passa agora a voltar-se para o ambiente, colocando a doença como fenômeno natural, influenciado pelo meio. É preciso então controlar todas as variáveis que circundam o doente: o ar, a água, a temperatura ambiente, a

alimentação. A medicina passa a ser concebida como medicina do meio. Para isso é necessário constituir um pequeno espaço individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos.

A presença agora indispensável do médico no interior do hospital muda as relações de poder. Se antes era o pessoal religioso que detinha o poder de decisão sobre o hospital, a partir do momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar.

De individualista a medicina passa a ser também medicina de população, na medida em que o sistema do espaço hospitalar disciplinado permite observar grande quantidade de indivíduos e os registros obtidos quotidianamente podem ser confrontados com os de outros hospitais de outras regiões e constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população. “O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvo do poder de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar” (FOUCAULT,1984:111).

O século XX foi marcado pela aliança entre o capital, a corporação médica e as universidades. Com o desenvolvimento da ciência, iniciou-se uma verdadeira explosão de conhecimentos científicos no campo da bacteriologia, assepsia e anestesia. Ainda no início do século XX, o processo de profissionalização normalizou a profissão médica e seu ensino dirigiu-se ao biológico, científico, técnico e especializado.

A partir dessa prática médica científica, o corpo passou a ser analisado como se fosse uma máquina composta de diferentes partes (mecanicismo) e a interpretação das doenças e das causas restringiram-se à ação dos agentes biológicos, em detrimento do enfoque histórico e social. Ao mesmo tempo, desenvolveu-se a especialização que levou à segmentação do trabalho, aprofundando o conhecimento científico nessa atividade segmentada e criando por sua vez a interdependência entre as especializações. A tecnização, outra característica desse período, decorrente de inovações tecnológicas de empresas multinacionais que dão ênfase à medicina hospitalar, é que pode o mais rapidamente possível repor os indivíduos no trabalho (SOLER, 1993).

A valorização dessa medicina curativa, juntamente com as mudanças científico-tecnológicas que incidiram no campo de diagnóstico e terapêutica, determinaram o surgimento de aparelhos cada vez mais sofisticados. Dessa forma, a medicina de instrumento de manutenção e reprodução de força de trabalho passou também a ser estimuladora do consumo de bens e foi se transformando em mercadoria que pode ser comprada no mercado; uma necessidade para uns e lucro para outros (SOLER, 1993).

O hospital comporta-se, então, como o viabilizador de venda e consumo “in loco” dos produtos das indústrias de insumos médicos.

“Mas a sua lucratividade é hoje incerta e os riscos econômico-financeiros, cada vez maiores. A razão é que o hospital, como empresa de serviços está subordinado a variáveis externas muito fortes, representadas principalmente pelo regime de tarifação

pública, pelos preços dos produtos industriais médicos que comercializa- sobre os quais tem pouco poder de barganha em decorrência do processo de monopolização- e pela condição econômica e social da maioria dos seus consumidores que limita o repasse dos custos. Este nível de dependência é, em grande parte, responsável pela crise que atravessa a instituição hospitalar em todo o mundo”. (RIBEIRO, H.1993:32)

Após a segunda guerra mundial, importantes modificações ocorreram no interior da organização técnica e social do trabalho médico e de outros profissionais de saúde. No serviço hospitalar, diferentes trabalhadores se integraram com o médico especialista, entre eles os vários níveis da enfermagem, o pessoal técnico administrativo, de limpeza, etc⁶.

A divisão técnica do trabalho na enfermagem se manifestou no interior de cada profissional e obedeceu, inicialmente, a princípios de comando, controle e

⁶No Brasil, verifica-se que, além da enfermeira, aparecem respeitando esta ordem o técnico de enfermagem, o auxiliar e o atendente de enfermagem que está na base da pirâmide. Este é adestrado para sua função específica e sua participação, especialmente nos hospitais do setor privado ainda é grande. Para maiores detalhes sobre a composição da força de trabalho em enfermagem e sua inserção nas instituições hospitalares ver respectivamente: O Exercício da Enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil 1982/1983. Vol.I Força de Trabalho em Enfermagem e Vol II Enfermagem no Contexto Institucional. Conselho Federal de Enfermagem. 1985.

As funções assistenciais são comuns a todos os agentes, e as funções administrativas, de docência e de pesquisa são privativas das enfermeiras profissionais a partir da Lei nº 2604/55 e do Decreto nº 50587/61 do Ministério da Saúde (Soler, 1993:73-4. nota de rodapé). Para maiores detalhes sobre a regulamentação do exercício da enfermagem ver: Anexo III. Decreto Lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987 in Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Regional de Enfermagem. COREN - SP. 1993.

autoridade. Depois, em função da competência e destreza, tendo como consequência a distribuição das tarefas simples para o pessoal de nível médio e elementar, e das tarefas de controle e supervisão para o pessoal mais qualificado, estimulou a divisão entre trabalho intelectual e manual.

Essa divisão segundo categorias e subcategorias profissionais hierarquizadas, e diferentemente qualificadas, não parece corresponder estritamente às inovações tecnológicas médicas (RIBEIRO, H.1993). Dentro da enfermagem, muitas práticas que exigem um alto grau de qualificação, como por exemplo, o auxiliar de anestesia, estão sendo realizadas por atendentes, estabelecendo-se uma divisão hierárquica por antigüidade, experiência e conhecimento. Esse conhecimento foi adquirido através do *savoir-faire* e monopolizado pelos anos de trabalho na instituição hospitalar, o que nos leva a concluir que os instrumentos de trabalho no hospital contemporâneo não são apenas as instalações e equipamentos, mas o saber dos profissionais de saúde categorizados.

Apesar de a lei do exercício profissional, referida anteriormente, prever atribuições diferenciadas aos profissionais e ocupacionais de enfermagem⁷, por nível de complexidade, é comum ainda vermos uma indefinição nas atribuições.

“Este tipo de indefinição serve aos interesses empresariais das instituições particulares de saúde, que podem utilizar uma mão-de-

⁷Entende-se profissionais aqueles que receberam instrução formal através de curso técnico ou superior. Já ocupacionais são aqueles que adquiriram o ofício de profissão através da vivência diária nos hospitais, de forma informal, com os que já trabalhavam lá.

obra menos qualificada no desempenho de técnicas de enfermagem tidas como mais complexas”. (SILVA, 1986:122)

Atualmente, já foi superada a fase em que a assistência à saúde era assumida e monopolizada por profissionais autônomos. Na medicina como atividade capitalista, dentro de um mercado subordinado ao capital, o assalariamento mantido por empregos em hospitais passou a se constituir na principal forma de inserção do médico e outros profissionais da área de saúde no mercado de trabalho.

Sendo o hospital, hoje, principal campo de trabalho também para o pessoal de enfermagem⁸ ele não representa somente um retorno financeiro, haja visto que na nossa análise a categoria salário não se destacou. Contrariamente ao que pensávamos, “nosso” trabalhador não se mostrou preocupado com o que ganha (no entanto, sabemos que ganha pouco)⁹. O seu discurso se dirigiu a uma instância política, entendida como o lugar de controle sobre as finalidades da produção entrelaçando-se com a instância ideológica, a esfera das representações e valores e a instância psicológica onde se manifesta o prazer, a angústia e os mecanismos de defesa na relação indivíduo-organização (PAGÉS, 1987).

⁸Segundo o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) (1985:38), o pessoal de enfermagem (enfermeiro, técnico, auxiliar e atendente) que ocupa estabelecimentos hospitalares é de 83,4%. (In: O exercício da enfermagem nas Instituições de Saúde do Brasil 1982/1983. Vol I).

⁹A mesma fonte citada na nota anterior coloca que “o salário mínimo pago ao trabalhador de enfermagem é seis vezes menor do que o necessário.” (Op. cit: 117)

Apesar dos limites de nossa análise ¹⁰ em focar todas as instâncias, encontramos esboços desses vários aspectos nos nossos depoimentos. Este enfoque complementa a análise que fizemos até agora, buscando entender a disciplina no hospital como estratégia de controle sobre os corpos, que tem como finalidade a produção de um indivíduo eficiente, polivalente, rápido, porém dócil, dando a idéia do que FOUCAULT (1986) chama de docilidade-utilidade e que se apoia sobre uma vasta rede de vigilância e punição.

Do ponto de vista ideológico,¹¹ destacamos dos depoimentos da direção (diretor médico, supervisora, diretora do serviço de enfermagem obstétrica) e das enfermeiras um discurso em que prevalece a humanização do atendimento. Parece-nos que há uma preocupação em propor um sistema de crenças e valores, uma moral de ação, apropriada para conduzir os empregados à adesão dessa

¹⁰PAGÉS (1987) fez um intenso trabalho de análise de uma organização hipermoderna (o que não é o nosso caso). A empresa hipermoderna alia as fortes restrições às vantagens oferecidas ao indivíduo. O “nosso” hospital, longe de oferecer grandes vantagens está muito mais próximo das fortes restrições representadas pelos mecanismos disciplinares. No entanto, levaram-nos a buscar em PAGÉS o entendimento de algumas estratégias que visam retomar o caráter caritativo do hospital, agora com um novo objetivo: implementar mecanismos de gestão política da subjetividade dos seus funcionários. Aqui, cabe mais uma ressalva: ao utilizarmos, em parte, alguns conceitos de PAGÉS não significa que o utilizamos como orientação teórica geral e sim com propósitos limitados: compreender os objetivos políticos que levam à gestão da subjetividade dos corpos pelo hospital.

¹¹Entendemos a ideologia produzida por uma organização como um sistema de representações ou valores que não visa somente mascarar as relações sociais de produção mas tem também como função essencial reforçar a dominação e aumentar a exploração. (PAGÉS, 1987). HELOANI (1991a) entende que o domínio das massas transferiu-se do exterior para o interior dos indivíduos. “Por domínio exterior, entendemos o poder com base na obediência, na reprodução dos desempenhos pré-definidos, no controle e na repressão explícita. O exercício interior do poder refere-se à internalização das normas e valores da empresa à subjetividade dos trabalhadores. O indivíduo é direcionado para ver-se e as suas necessidades a partir das relações que mantém com a organização” (Op.cit.:06).

ideologia, adesão que implica necessariamente numa internalização dos valores do hospital pelos trabalhadores, em especial, pelas enfermeiras. Vejamos o depoimento do diretor médico e da supervisora.

*“... tem que ter apego, porque a falta de apego não tem só da enfermagem, a gente vê, muitas vezes, só uma paciente no centro obstétrico e uma só funcionária circulando, uma do lado de fora (pré-parto) cuidando de um monte de coisa, quatro ou cinco sentadas conversando qualquer bobagem e ninguém vai lá tomar conta da paciente, **então é simplesmente tornar a coisa o mais humanizada possível, o que significa tratar bem todo mundo e ser tratado bem ...**” (Dir. Méd.)*

“...eu luto pela enfermeira de cabeceira... cabe ao auxiliar de enfermagem do CO fazer toda a parte dos controles de todos os pacientes, coleta de sangue e administração de medicamentos(...) o enfermeiro fica com o exame físico, a parte de admissão da paciente, dando as orientações, de estar ao lado, auxiliar no trabalho de parto, em termos de respiração, massagem, incentivando a deambulação, oferecendo uma pedra de gelo(...) quando eu falo de perfil é isso, jogar para o auxiliar as atividades técnicas, não adianta falar que está sozinha, que tem que ver isso ou aquilo, se quiser dá, porque quando tem uma paciente só, eu entro e a enfermeira está sentada na secretaria conversando e a paciente sozinha no pré-parto.” (Superv.)

Nesse momento da entrevista a supervisora critica duramente a enfermeira que não assumiu a humanização do atendimento, rotulando-a de “eterno atendente”. Ao nosso ver, esse discurso oculta a tentativa de uma divisão, não só do trabalho mas de pessoas, procurando um papel diferenciado para a enfermeira (uma espécie de mecanismo de diferenciação) como também aumentar sua exploração e dominação, já que a induz a aceitar as condições estressantes de trabalho em prol deste discurso. Dessa forma, a enfermeira e toda a equipe devem manter, frente à paciente e à todos “um sorriso nos lábios” apesar de mal ter tempo de até comer. Além disso, pudemos perceber uma semelhança entre o seu discurso e o do diretor médico levando-nos a crer que, de certa forma, é expressão de uma política de pessoal. HELOANI (1991a:36), ao se referir à consolidação ideológica, coloca que:

“Esta política (de pessoal) muito mais do que uma descrição isolada de cargos, salários e atribuições, disciplina o espaço organizacional. Enquanto prática de poder, interpenetra-se com outros enunciados para selecionar, classificar e distribuir os indivíduos baseada em critérios políticos de manutenção e consolidação da organização sobre os indivíduos”. (A observação entre parênteses é nossa)

As enfermeiras internalizam os valores que o hospital elabora e os defendem em seu nome, mas encontram dificuldades para concretizá-los. Essas

dificuldades variam desde a falta de condições de trabalho até aquelas decorrentes do exercício de mando da enfermeira - mais fazer do que mandar.

“...às vezes, você acaba assumindo função que não é sua para evitar desgaste com o funcionário, porque é preferível você se cansar um pouco mais ou até deixar de dar uma atenção mais individualizada para a paciente do que você se estressar com o funcionário à toa, se desgastar com ele se você sabe que não vai chegar em canto nenhum”. (Enf. III)

O discurso da humanização, entendido como uma política de pessoal, carrega não só uma dominação política no sentido de utilizar exaustivamente o tempo, garantindo a qualidade do tempo empregado de forma que tudo que possa perturbar ou distrair seja anulado, constituindo-se, portanto, num tempo integralmente útil, o que FOUCAULT (1986:140) chama de organização de uma economia positiva; mas também deixa transparecer uma imagem moralista e humanista (respeitar o indivíduo, prestar serviço), oferecendo uma fonte suplementar de satisfação através de uma relação “humanitária” com a parturiente. O retorno seria o reconhecimento social deste profissional, fazendo-o sentir-se útil à coletividade, pois fornece uma razão de ser, consolidando a ideologia da humanização (PAGÉS, 1987). Vejamos o relato do diretor médico a respeito do bom profissional.

“o bom profissional não é só aquela pessoa tecnicamente competente naquilo que faz, ele não vai servir de nada se não tiver (pelo menos dentro da área de obstetrícia) essa parte humanitária...” (Dir. Méd.)

Esse discurso de humanização do atendimento de saúde à parturiente, parece-nos indicar que, até certo ponto, existe um processo de mediação, entendido como uma aliança das restrições (coerções) da empresa e os privilégios oferecidos ao indivíduo. Os privilégios são representados (além do próprio discurso da humanização) pela estabilidade no emprego (agora instáveis devido às políticas salariais do governo federal), por alguns benefícios como creche e amamentação, auxílio-alimentação, auxílio-transporte e por um programa de incentivo à produtividade denominado PIP. Vejamos como a diretora do serviço de enfermagem obstétrica nos conta sobre esse programa:

“... então quando foi estabelecido esta proposta, determinou-se que deveria ser diferenciado por setores... no início, a gente não queria dessa forma, mas percebemos que ninguém queria trabalhar no C.O., na neo(neonatologia), então foi uma forma de incentivar as pessoas a irem cobrir esses setores. A princípio foi estabelecido que o Centro Obstétrico seria o setor que tem o valor maior deste PIP, que é pago de acordo com a função, em ordem decrescente para enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.” (Dir. Enf.)

“ A organização se impõe como instrumento de poder através de uma estratégia que incorpora três processos fundamentais: mediação, introjeção das contradições e consolidação ideológica”.
(PAGÉS citado por HELOANI, 1991a:30)

A organização, dessa forma, impõe a contradição ao indivíduo, através do processo de mediação:

“A organização segue políticas contraditórias cujo princípio é aliar fortes restrições a grandes vantagens oferecidas ao indivíduo. As vantagens integram o indivíduo à organização, fazem com que ele aceite as restrições e até mesmo as objetivos de exploração e dominação da empresa.(...) A mediação é, pois, um processo que transforma uma contradição subjacente entre os trabalhadores e a organização em uma contradição interna às políticas da organização. Ela absorve os termos de contradição original, transformando-os, permite evitar que esta chegue a explodir em conflito (...) ela integra o trabalhador à organização, a seus objetivos específicos, bem como às relações de produção capitalista sobre as quais ela está fundamentada”. (PAGÉS, 1987:26)

Dessa forma, a diretora conseguiu, através do PIP, incentivar, ou melhor, “persuadir” o funcionário para que aceitasse aquele local de trabalho¹². O C.O. é um setor, como vimos, contraditório, porque ao mesmo tempo em que produz a vida, o novo, a alegria do nascimento, é uma máquina de angústia pelas excessivas exigências e controles sobre o trabalhador.

No processo de introjecção¹³ essas contradições são transferidas ao indivíduo. Ele passa a ser o “culpado” dos conflitos. Ele é o estressado, não adaptado a lidar com questões emergenciais de VIDA e MORTE, enquanto que esta contradição (vantagem-restrição) dissimula a intensificação do ritmo de trabalho ou da jornada de trabalho e acaba atingindo a integridade psíquica do trabalhador.

“... a gente quando trabalha demais fica dando tiro na sombra.”

(Enf.I)

“...eu trabalho na enfermagem e é estressante mesmo, sabemos que depois de seis horas você trabalha no seu limite, no seu limite de

¹²HELOANI(1991a:400) identificou alterações no discurso do poder no pós-fordismo. “A mera imposição, típica do modelo de rotinização, foi substituída por enunciados mais sutis, baseados na reciprocidade empresa-empregados e na negociação trabalhador-chefia. Estes enunciados refletem as mudanças ocorridas no padrão de gestão da mão-de-obra nos anos 80. As práticas autoritárias, típicas dos anos 70, marcadas pela segregação dos trabalhadores em relação aos mecanismos de decisão, foram substituídas por uma nova política de gestão marcada pela confiabilidade e envolvimento.”

¹³A introjecção designa um processo inconsciente através do qual elementos do mundo exterior tornam-se parte integrante da psique permanecendo inconscientes e, conseqüentemente, não podem ser completamente decodificados nem que sejam trabalhados os conflitos aos quais dão origem “(PAGÉS,1987:26. nota de rodapé).

não estar se estressando com o colega nem com o paciente(...) quando ultrapassa esse limite já se coloca em condições de estar se estressando com você mesma, com o colega e com o paciente e a coisa vai acumulando, acumulando.”(Enf.III)

Sobre o processo de introjecção, PAGÉS(1987:29) coloca que:

“A organização funciona, por um lado como uma imensa máquina de prazer, e por outro lado como uma imensa máquina de angústia. A angústia, provocada pela onipresença dos controles, pelo caráter ilimitado e inatingível das exigências, é compensada pelos múltiplos prazeres que a organização oferece, especialmente os prazeres do tipo agressivo, o prazer de conquistas, de dominar os clientes, os colegas, de se superar e de se autodominar”.

Apesar dos prazeres não serem tão intensos no nosso universo de investigação, a consolidação ideológica através do discurso da humanização do atendimento à parturiente proporciona, como vimos, um prazer que é contrário à angústia de trabalhar em um ambiente altamente controlado, em todos os sentidos. Ou ainda, as contradições da organização(prazer/angústia) se transformam em contradições individuais e, portanto, em conflitos internos. Dessa forma, o hospital se insenta do excesso de pressões e controles sobre os indivíduos e os apresenta a ele como produto de sua subjetividade, de sua insegurança, de sua inabilidade de lidar com situações estressantes. Em

conseqüência, os mecanismos de poder penetram na personalidade do indivíduo, moldando-o a um “tipo adequado” para trabalhar naquele tipo de setor, redefinem a personalidade e atingem o inconsciente.

“...não basta modelizá-los externamente (ritmos de trabalho, regulamentos explícitos), é necessário modelizá-los internamente (penetrar na intimidade, redefinir as percepções) e inculcar os padrões da organização como modelos de comportamento.
(HELOANI,1991a:35)

A política de pessoal representada pelo discurso de humanização exibe um desenho formal das relações entre os cargos, sua hierarquia, suas vantagens, suas exigências, mas ao mesmo tempo oculta o conflito, a reivindicação por melhores condições de trabalho, a competição e o sofrimento no trabalho (HELOANI,1991a). É dele que trataremos a seguir.

Como é o trabalho no hospital: um outro olhar sobre a organização do trabalho

Segundo DEJOURS (1992), a organização do trabalho não é somente a divisão do trabalho no sentido de divisão de tarefas entre os operadores, os ritmos impostos e os modos operatórios prescritos, mas também, e sobretudo, a

divisão dos homens para garantir essa divisão de tarefas, representada pelas hierarquias, as repartições de responsabilidade e os sistemas de controle.

Pretendemos, portanto, estudar em que momentos aflora o desequilíbrio entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico dos homens, emergindo um sofrimento patogênico, e quais as estratégias defensivas criadas no sentido de preservar o próprio psiquismo da loucura. Não se trata de estudar as doenças mentais descompensadas, mas a população “normal” que está nos hospitais e que é submetida a pressões no seu dia-a-dia.

Temos consciência de que nosso material empírico pode não dar conta de todas as pistas para entender o sofrimento no trabalho e as estratégias defensivas visto que temos somente a entrevista como fonte primária de dados. Contudo, algumas evidências surgiram e nos ajudaram a entender melhor o trabalho na enfermagem no hospital.

PITTA (1991) nos lembra que o hospital, enquanto repressão de instituição que tem monopólio sobre a saúde/corpo e um cotidiano que lida com a VIDA e MORTE, carrega consigo cargas de tensão e conflito que possibilitam situar o trabalho hospitalar como atividade insalubre, penosa e difícil para todos. Segundo ela, os determinantes principais do sofrimento no trabalho hospitalar estariam no próprio objeto de trabalho - a dor, o sofrimento e a morte do outro - e nas formas de organização desse trabalho essencial e diuturno.

MENZIES (1970:13), pesquisando a natureza da ansiedade em um serviço de enfermagem, coloca que:

“ as necessidades psicológicas dos membros de uma organização determinam a cultura, a estrutura e o modo de funcionamento da instituição. A necessidade de utilizá-las na luta contra a ansiedade leva ao desenvolvimento de mecanismos de defesa estruturados socialmente e que aparecem como elementos na estrutura, na cultura e no modo de funcionamento da organização. Os mecanismos de defesa tendem a tornar-se aspectos da realidade externa com a qual novos e antigos membros da instituição devem entrar em acordo”.

Ideologia ocupacional da profissão (o caso da enfermagem)

Auto-suficiência

Gostaríamos de descrever, apoiada nos estudos de DEJOURS sobre a Loucura do Trabalho (1992:35-6), as seis características do que seja uma ideologia defensiva.

“Em primeiro lugar, a ideologia defensiva funcional tem por objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave (isto é uma forma de enfrentar o medo negando o próprio medo). Em segundo lugar, é a nível da ideologia defensiva, enquanto mecanismo de defesa elaborado por um grupo social particular, que devemos procurar uma especificidade”. (Op.cit:35)
(A observação entre parênteses é nossa)

A respeito do trabalho da enfermeira no hospital, especificamente no Centro Obstétrico, a especificidade representada pela auto-suficiência está relacionada à natureza da organização do trabalho. A auto-suficiência é resultante da necessidade de saber enfrentar situações de crise, como a falta de funcionários ou apoio administrativo para resolução de problemas específicos do setor. Vejamos como duas enfermeiras relatam isto:

“... se você tem algum problema, você acaba resolvendo, são problemas muito específicos, muito ligados ao setor, então quando falta pessoal, o que a gente tem solicitado para elas (supervisoras) é alguém pra encaminhar algum exame ou comunicar algum problema que você já resolveu ou que vai ficar pro dia seguinte, porque não é uma supervisão direta...” (Enf. I)

“... tem momentos que você acha que não vai dar conta e não tem ninguém com quem você possa contar na hora que mais precisa. Isto aconteceu com sua supervisão, com sua diretoria mas no fundo, no fundo, não tem como você contar com ela, é o contrário, eles que contam com você, pois de repente, você se vê obrigada a estar em dois lugares quase ao mesmo tempo.” (Enf. IV)

A especificidade da ideologia defensiva da auto-suficiência resulta, por um lado, da necessidade de adquirir um “jogo de cintura” para desempenhar seu trabalho sob pressão e, por outro lado, da interiorização da identidade da

enfermeira como responsável por tudo (o que veremos no capítulo três com mais detalhes).

“Em terceiro lugar, o que caracteriza uma ideologia defensiva é o fato de ela ser dirigida não contra uma angústia proveniente de conflitos intra-psíquicos de natureza mental, e sim ser destinada a lutar contra um perigo e um risco reais. Em quarto lugar, a ideologia defensiva para ser operatória, deve obter a participação de todos os interessados”.(DEJOURS, 1992:36)

Daí a ênfase na coletivização dos responsáveis, ou seja, a ideologia defensiva só funciona se adquirir esse caráter coletivo (HELOANI, 1991a).

MENZIES (1970) já havia detectado que o trabalho da enfermagem tende a evocar um forte senso de responsabilidade. A pesada carga de responsabilidade é difícil de ser carregada e exige um considerável custo pessoal. O conflito intra-psíquico alivia-se, até certo ponto, quando é convertido em conflito interpessoal. As enfermeiras normalmente se queixam que os auxiliares e atendentes comportam-se como irresponsáveis. A diretoria se queixa que o grupo de enfermeiras não assume com responsabilidade a coordenação do grupo, fazendo com que a rotina seja cumprida. Por outro lado, as enfermeiras se queixam que a direção impõe uma disciplina desnecessariamente estrita e repressiva e as trata como se não tivessem senso de responsabilidade. Daí resulta uma cobrança excessiva que perde sentido, perde sua força simbólica e deixa de ser indicativo de uma anormalidade e passa a representar a própria normalidade, ou seja, o

normal é a cobrança sem sentido definido, sem meta, simplesmente cobrar por cobrar. Vejamos três depoimentos que retratam estas queixas.

“...os funcionários também precisam conhecer que as responsabilidades não só os enfermeiros que tem, como a passagem de plantão, todo mundo tem que estar presente, então eu tenho cobrado deles...” (Enf. I)

“...o que precisamos é que o enfermeiro pare lá e o grupo seja mais unido, mais coeso, mais comprometido com a assistência, mais interessado e que a rotina seja realmente cumprida...” (Dir.Enf.Obst.)

“...ela (direção) aparece pra te perguntar alguma coisa ou para cobrar alguma coisa que queriam que fosse feita”. (Enf.V)

Solicitamos que essa enfermeira falasse mais sobre essas cobranças:

“Vamos supor, é uma paciente cardiopata, então ela acha que aquela paciente tenha que estar com o monitor cardíaco ligado, então ela vai cobrar de você. Onde está aquele monitor? Só que o monitor já está ligado na paciente e ela não enxergou isso. Não é a primeira vez que aconteceu, não só comigo como com outras enfermeiras também. A ‘coisa’ está ali só que a pessoa não enxerga, de repente, primeiro ela vai cobrar de você, para depois você conseguir fazer ela enxergar que aquilo está sendo feito...” (Enf.V)

A equipe médica também pressiona, no sentido de se criar um sentimento de responsabilidade do funcionário para com o serviço e a eliminação da “vadiagem” no local de trabalho. O trabalho “taylorizado” / “disciplinado” visa, como veremos, ao aumento de produtividade e é representado, na falta do diretor clínico, pelo funcionário adaptado, portanto rápido e eficaz, e, a nosso ver, dócil e controlável, portanto, adestrado.¹⁴

“... a gente sabe que o ambiente é estressante, dependendo do dia e da hora é estressante, por isso que precisa (isso eu já coloquei para a D. (supervisora) e para M.S. (diretora do serviço) que o grupo fosse mais adaptado para este tipo de local... quem está lidando com uma situação aguda, de emergência, é quem tem que se desdobrar com mais rapidez e eficiência...”(Dir. Med)

“... a obstetrícia é um grupo tecnicamente bem preparado, mas existe um pouco essa falta de responsabilidade, de um maior apego.”(Dir. Med.)

De acordo com FOUCAULT(1986), o poder disciplinar é um poder que, ao invés de apropriar e retirar, tem como função principal o adestramento, ou melhor, adestrar para retirar e se apropriar melhor.

A idéia do funcionário adaptado/adestrado nos lembra a correlação que DEJOURS e outros fizeram entre estrutura da personalidade, conteúdo

¹⁴ “Por melhores adaptados, Whyte, citado por SEGNINI(1988:102), ao salientar a ótica protestante, entendeu aqueles que se dedicam ao trabalho com mais força, com mais abnegação, com mais dedicação. Dessa forma, quanto mais o homem produzir (para o capital) mais riqueza obterá para si mesmo.”

ergonômico ou exigências de tarefa e carga de trabalho ou custo individual da tarefa. O conteúdo ergonômico se refere as exigências do posto de trabalho. Por exemplo: o trabalho em Centro-Cirúrgicos ou Centro Obstétricos geralmente leva o trabalhador de enfermagem a apresentar lombalgias devido a necessidade de trazer o paciente da mesa operatória para a maca ainda anestesiado. Isso poderia ser resolvido através de uma intervenção ergonômica utilizando-se macas que se adaptassem à mesa cirúrgica. Já a carga de trabalho representa o esforço individual dispendido nas tarefas e tem relação direta com o processo de socialização da pessoa. Mantendo ainda o exemplo do trabalho em ambientes fechados, existem pessoas que tem verdadeiro “pavor” de trabalhar nesse tipo de ambiente. A causa normalmente está ligada a situações pessoais que ela vivenciou antes de sua entrada nesse setor. Vejamos um exemplo de uma funcionária que se encontra em tal situação:

“... Dentro do C.O., num lugar fechado, totalmente fechado, com ar condicionado ligado e mais berço aquecido perto de mim... saía da sala gelada e entrava na sala quente, sabe, olhava e não via nenhuma janela, nada. Fiquei doente com aquilo”. (Aux.IV)

Perguntando-lhe o que sentiu, ela respondeu:

“Para falar a verdade, me deu uma vontade de chorar, chorava muito mesmo. Sabia que estava trancada naquele lugar, minha roupa não era a que eu vim, tinha que trocar de roupa para entrar, tudo era com muito cuidado para não contaminar, eu fiquei assustada lá dentro”. (Aux.IV)

Podemos perceber que essa funcionária apresenta uma inadequação entre o conteúdo ergonômico do trabalho e a estrutura de personalidade de forma que o custo individual da tarefa pode se tornar insuportável a ponto de levar a um sofrimento ou até a uma síndrome psicopatológica (insatisfação, ansiedade ou até descompensação psiquiátrica). Quando o diretor nos fala de funcionários adaptados, cremos que ele leve em consideração o conteúdo ergonômico do trabalho mas muito provavelmente não considere a estrutura da personalidade e o próprio custo individual da tarefa.

Aquele que não contribui ou que não partilha do conteúdo da ideologia defensiva ocupacional é, cedo ou tarde, excluído, seja através de demissão, seja através de um sistema que “marca” o funcionário. A diretora e a supervisora colocam um exemplo dessas duas situações.

“...nós conseguimos em acontecimento que eu nem coloco como vitória, um elemento foi demitido e balançou um pouco o grupo, porque as pessoas baixam o “peito” e falam : - eu sou concursado, eu tenho segurança, então demitimos um funcionário do C.O. e isso fez com que as pessoas que eram indisciplinadas parassem para pensar um pouco”. (Dir.Enf.Obst.)

“Basicamente quando mudamos as pessoas do C.O. está sempre vinculado essa função do relacionamento, pessoas que às vezes até sabem tecnicamente, mas que tumultuam, fazem fofoca, envenenam

o grupo, indisciplinando, chega atrasado, sem educação, respondão, e tem aquelas que o mundo pode acabar em barranco pra morrer encostada”. (Superv.)

“Em quinto lugar, uma ideologia defensiva, para ser funcional, deve ser dotada de uma certa coerência”(Op.cit.). A enfermeira que não consegue adaptar suas singularidades às exigências do cargo, por exemplo: saber delegar, comandar a equipe, vigiar, punir, é considerada emocionalmente despreparada para assumir o cargo. Notamos aí resquícios do discurso higienista que predominou no Brasil, nos anos 50. Esse discurso proclamava a normalidade e justificava a necessidade de construir instrumentos de avaliação do estado psíquico dos indivíduos, a fim de isolar os mais “doentes” e recuperar os parcialmente “insanos”. Preconizava ainda que uma adaptação emocional anormal poderia ser deletérica à dinâmica do trabalho (HELOANI,1991a).

Os conflitos da enfermeira (que era auxiliar ou técnica) com a equipe de enfermagem seriam, segundo esse discurso, produto de personalidades mal ajustadas e/ou sentimentos de inferioridade alocando os conflitos para o plano subjetivo e isentando a instituição de qualquer responsabilidade sobre eles. Nesse sentido, a rotina não cumprida, a ineficiência, a incompetência, a irresponsabilidade e a indolência dos funcionários seriam produto da incapacidade do trabalho. Assim sendo, esse discurso incorpora novos enunciados que desqualificam a enfermeira como capaz para dirigir a equipe de enfermagem. Evidenciamos que algumas auxiliares ou técnicas ainda aguardam mudar de categoria, mesmo tendo terminado o curso e na vigência da vaga para

fazer essa mudança. Alega-se que estas funcionárias não tem “postura” de enfermeira. Vejamos o relato da supervisora, quando perguntamos como deveria ser a postura de uma auxiliar que passa a enfermeira:

“ É de liderança, principalmente saber delegar, não ter medo de chegar na paciente, acho que não incorporou o papel do enfermeiro , tipo - eu prefiro fazer do que mandar, não é por aí. É claro que é menos estressante você fazer do que bater de frente com o outro(...) então, é de personalidade, é complexo de inferioridade, é medo de mandar e ouvir que até ontem você era auxiliar e que hoje está mandando, não assume as coisas, foge do papel”. (Superv.)

A ideologia da adaptação tende a considerar os bons funcionários aqueles disciplinados, rápidos e eficazes, mas o custo da elaboração do funcionamento da ideologia defensiva é igualmente grande, representado pela resistência a receber ordens, já que se considera bom funcionário, portanto auto-suficiente, bem como pela resistência em estabelecer um espírito de colaboração, como veremos no capítulo seguinte. Isso dificulta a relação, especialmente da enfermeira nova de casa e a funcionária antiga.

“... notamos que as auxiliares que estão há mais tempo, que dominam e tudo mais, se sentem donas do pedaço, então entendem e sabem mais que as enfermeiras novatas, então esse fator emocional, eu sei mais que a enfermeira, eu mando, eu domino aqui, seria um

fator muito importante para o grupo também. Outra coisa, por exemplo, a L. e a L. (enfermeiras) são pessoas que eram auxiliares, técnicas, se formaram e fizemos a progressão para enfermeira e uma das dificuldades delas é que o grupo justamente falava isto. O quê? Ontem você era auxiliar técnica e hoje quer mandar em nós?”.
(Dir. Enf. Obst.)

“Em sexto lugar, a ideologia defensiva torna-se obrigatória, inevitável quanto a própria realidade. Ela substitui os mecanismos de defesa individuais, tornando-os impotentes. É a partir dessa observação que se pode compreender por que um indivíduo isolado do grupo social se encontra desprovido de defesas face a realidade a que ele é confrontado”. (Op. cit.)

Estresse: Mecanismos de defesa ou alibi do grupo?

Segundo MENZIES (1970), o serviço de enfermagem sofre o impacto total, imediato e concreto do estresse que advém do cuidado com doentes, em especial com a parturiente. Apesar de o contato com o sofrimento e a morte por doenças incuráveis serem mínimos, em relação, por exemplo a uma U.T.I(Unidade de Terapia Intensiva) ou enfermaria de moléstias infecto-contagiosas, a predeterminação da morte eminente do feto ou da mãe gera situações de estresse e de ansiedade na equipe de saúde.

Pela própria natureza da profissão, a enfermagem corre um considerável risco de ser invadida por uma ansiedade intensa e incontrolável. Apenas esse fator, entretanto, não explica o alto nível de ansiedade que permeia, particularmente, ambientes fechados como o Centro Obstétrico.

Enumeraremos algumas fontes de estresse nesse tipo de trabalho:

Característica do Setor

A estrutura física de salas cirúrgicas e o ritmo de trabalho normalmente intenso é referido como fonte de estresse pela Enf.I.

“...é um lugar stressante, não tem janela, a gente não pode nem fazer as necessidades fisiológicas que a gente tem, necessidade de fazer aquela hora, você não vai ao banheiro na hora que você precisa mas na hora que você pode, você come na hora que você pode, não na hora que você quer comer...”

Característica do atendimento e sobrecarga de trabalho

Diferente de uma enfermaria que tem seu limite de lotação determinado pelo número de leitos, o Centro Obstétrico apresenta como característica marcante a insaciedade do atendimento. A própria estrutura física, segundo VALE (1986), possibilita atender uma demanda bem maior que o número de leitos para puérperas que o Alojamento Conjunto pode abrigar. Mas o fato de

atender um maior número de parturientes é resultante, a nosso ver, de duas situações: a própria necessidade de ensino ao aluno de medicina e do hospital ser referência para o restante da rede do SUS (Sistema Único de Saúde), visto que conta com os recursos humanos e técnicos para esse tipo de atendimento.

No entanto, segundo VALE (1986), há problemas no sistema de referência e contra-referência para com os serviços da rede básica de saúde. Muitas vezes as pacientes são encaminhadas desnecessariamente; em outras a própria paciente, após a alta, prefere retornar ao hospital a procurar um posto de saúde. Isso gera uma demanda excessiva, intensificando o ritmo de trabalho e sobrecarregando o serviço. Para lidar com esta situação a enfermagem emprega o famoso ditado “dê um jeito” como nos fala a Enf.I.

“... porque a enfermeira ...eles tem 20 vagas, é só 20 vagas , a gente não, põe na cadeira, põe na maca, empresta maca, vai colocando, chegou vai colocando”.

Para lidar com essa situação de desequilíbrio entre pessoal e atendimento, o hospital passou a utilizar um sistema de horas-extras, procurando manter durante a semana um número “adequado” de funcionários. No entanto, analisando as horas-extras em três meses - agosto, setembro e outubro de 1995 - constatamos que os funcionários não fazem um número excessivo de horas-extras, como nos mostram a tabela e os comentários a seguir:

Tab.1 - Horas-extras trabalhadas no C.O. por categoria segundo a frequência e uma intervalo estabelecido de horas-extras para os meses de agosto / setembro / outubro de 1995.¹⁵

Categoria Enfermeiro

horas-extras	Agosto		Setembro		Outubro	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1min - 59min.	1	12.50	1	12.50	0	0
1:00h - 5:59h	0	0	1	12.50	0	0
6:00h - 10:59h	1	12.50	1	12.50	2	25
11:00h - 15:59h	3	37.50	3	37.50	5	62.50
16:00h - 20:59h	1	12.50	0	0	0	0
21:00h - 25:59h	1	12.50	1	25	1	12.50

¹⁵Fonte: Divisão de Enfermagem do hospital estudado.

26:00h - 30:59h	0	0	0	0	0	0
31:00h - 35:59h	1	12.50	0	0	0	0
Total	8	100.00	8	100.00	8	100.00

Categoria Técnicos de Enfermagem

	Agosto		Setembro		Outubro	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
horas-extras						
6:00h - 10:59h	2	33.33	0	0	0	0
11:00h - 15:59h	3	50	3	75	1	25
16:00h - 20:59h	0	0	0	0	1	25
21:00h - 25:59h	1	16.67	0	0	0	0
26:00h - 30:59h	0	0	0	0	0	0
31:00h - 35:59h	0	0	0	0	1	25
36:00h - 40:59h	0	0	1	25	0	0
41:00h - 45:59h	0	0	0	0	1	25
Total	6	100.00	4	100.00	4	100.00

Categoria Auxiliar de Enfermagem

	Agosto		Setembro		Outubro	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
horas-extras						
1:00h - 5:59h	2	12.50	0	0	0	0
6:00h - 10:59h	2	12.50	0	0	1	10
11:00h - 15:59h	5	31.25	4	33.33	2	20
16:00h - 20:59h	1	6.25	3	25	0	0
21:00h - 25:59h	1	6.25	1	8.33	1	10
26:00h - 30:59h	0	0	0	0	0	0
31:00h - 35:59h	2	12.50	1	8.33	0	0
36:00h - 40:59h	0	0	0	0	5	50
41:00h - 45:59h	0	0	0	0	0	0
46:00h - 50:59h	1	6.25	1	8.33	1	10

51:00h - 55:59h	0	0	0	0	0	0
56:00h - 60:00h	2	12.50	2	16.67	0	0
Total	16	100.00	12	100.00	10	100.00

Categoria Atendente de Enfermagem

	Agosto		Setembro		Outubro	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
horas-extras						
1:00h - 5:59h	0	0	2	22.22	0	0
6:00h - 10:59h	1	12.50	0	0	0	0
11:00h - 15:59h	2	25	4	44.44	4	50
16:00h - 20:59h	0	0	0	0	0	0
21:00h - 25:59h	1	12.50	0	0	2	25
26:00h - 30:59h	0	0	1	11.11	0	0
31:00h - 35:59h	0	0	0	0	0	0
36:00h - 40:59h	1	12.50	1	11.11	0	0
41:00h - 45:59h	0	0	0	0	1	12.50
46:00h - 50:59h	1	12.50	0	0	1	12.50
51:00h - 55:59h	0	0	0	0	0	0

56:00h - 60:00h	2	25	1	11.11	0	0
Total	8	100.00	9	100.00	8	100.00

Tab.2 - Média de horas-extras trabalhadas no C.O. por categoria segundo as frequências para os meses agosto/setembro/outubro de 1995.

Categoria Enfermeiro

Mês	Frequência (média)	%
Agosto	15:15 h	38.29
Setembro	12:29 h	31.06
Outubro	12:13 h	30.65
Total	39:57 h	100.00

Categoria Técnicos de Enfermagem

Mês	Frequência (média)	%
Agosto	13:12 h	21.81
Setembro	19:08 h	31.71
Outubro	27:50 h	45.70
Total	60:17 h	100.00

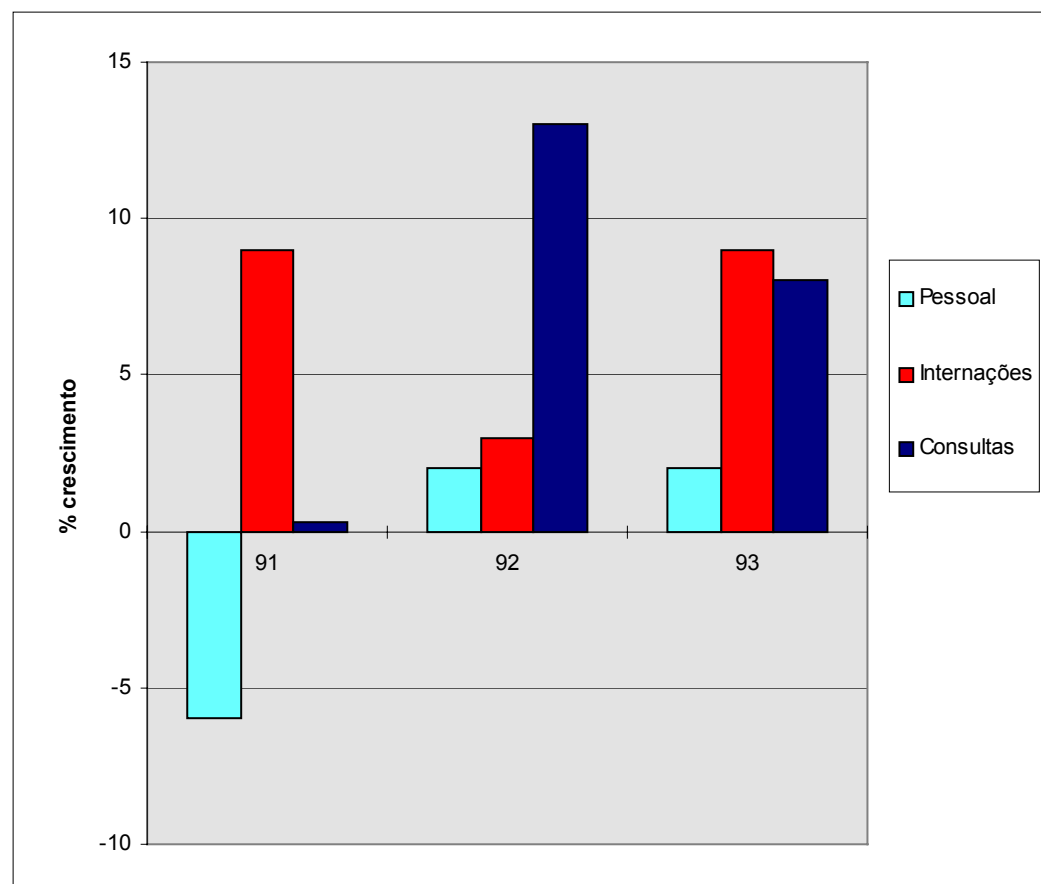
Categoria Auxiliar de Enfermagem

Mês	Frequência (média)	%
Agosto	22:32 h	28.05
Setembro	27:43 h	34.47
Outubro	29:20 h	36.69
Total	79:58 h	100.00

Categoria Atendente de Enfermagem

Mês	Frequência (média)	%
Agosto	33:00 h	42.66
Setembro	20:30 h	56.24
Outubro	24:05 h	31.09
Total	77:35 h	100.00

Gráfico - Quadro de Pessoal vs Atendimentos



Hospital pesquisado - 1991 a 1993

Comentário:

Pode-se notar que o crescimento de internações e consultas não acompanhou o crescimento do pessoal.

Estas tabelas e este gráfico possibilitam alguns comentários:

Em primeiro lugar:

- Por volta de 100% dos enfermeiros fazem horas-extras
- Por volta de 57% dos técnicos de enfermagem fazem horas-extras
- Por volta de 60% dos auxiliares de enfermagem fazem horas-extras
- Mais de 60% dos atendentes de enfermagem fazem horas-extras

Em segundo lugar:

Todas as categorias fazem mais horas-extras entre 11:00 e 15:59 horas.

Em terceiro lugar:

Considerando que a jornada de trabalho do diurno é de 140 horas/mês (35 horas/semanais) e do noturno é de 144 horas/mês (12 horas por plantão com 10 a 12 plantões por mês), calculo que depende do número de folgas mensais; concluímos que a média de horas-extras mensais não excede 10% da jornada de trabalho das enfermeiras. Para as outras categorias as horas-extras variam entre 14,2% e 18,8% da jornada de trabalho. Muito provavelmente este acréscimo na jornada de trabalho aliado ao ritmo intenso de trabalho decorrente do desequilíbrio pessoal x atendimento, como nos mostra o quadro acima, é responsável pela sobrecarga de trabalho evidenciada nos depoimentos. No entanto, a análise dos depoimentos nos levou a concluir que não é a hora-extra em si que “incomodava” a equipe mas a sua imposição, no sentido de desconsiderar as particularidades de cada um. Apesar das horas-extras, como evidenciamos pelos calculos, não serem tão excessivas se comparada as outras profissões, elas chegam a desencadear problemas psico-afetivos responsáveis pelo sofrimento decorrente do bloqueio da relação homem-organização do trabalho, como nos mostra dois trechos, um do depoimento de uma enfermeira e outro de uma auxiliar.

“Às vezes até o pessoal chega a discutir, acho não, chega mesmo a discutir, fica todo mundo mundo elétrico, a gente quando trabalha demais, fica dando tiro na sombra”.(Enf.1)

“...acho que tem que ver o lado da gente também, ver a preocupação da gente que tem marido, casa, filho. Ela

(supervisora) não pergunta se vai dar pra trabalhar à tarde ou fazer plantão de 13 horas...”(Aux.4)

Observamos na análise dos depoimentos várias referências ao estresse e às situações estressantes. Mas qual a finalidade do estresse? Seria ele uma forma de defesa ou um possível alibi do grupo?

Por se tratar de um hospital-escola aparecem alusões, nas entrevistas, à insegurança técnica e emocional do estudante de medicina, especialmente em se tratando de situações de urgência com perigo de vida da parturiente ou do bebê. A própria insegurança da equipe médica é usada como justificativa para o estresse que se inicia na equipe médica e se propaga para a equipe de enfermagem bem como se transmuta em violência.

“Porque o C.O. é um setor onde tudo acontece de imediato, quando se tem uma urgência, não tem uma equipe médica preparada para tal situação. Eles se desestruturam , e em quem eles descontam? No primeiro erro ou nem precisa ter erro da equipe de enfermagem, ou seja, passa a ser o ‘saco de pancadas’ da insegurança, da inabilidade deles, porque não tem só pessoas com destreza trabalhando, tem algumas que não tem prática , são inseguras e a tendência é extravasar na enfermagem, situação de emergência é um terror”.(Superv.)

*“Tem uma frase que o E. falou uma vez e eu nunca esqueço:
O que seria do C.O. se não fosse o estresse? Então as pessoas estão
tão acostumadas a viver no estresse que não conseguem vivenciar
um outro tipo de relacionamento, todo mundo busca o estresse em
vez de tentar prevenir a situação, de prever, de tentar fazer as
coisas antes que aconteça algo pior...” (Enf.I)*

O estresse é muito conhecido, vivenciado e permitido pelo próprio grupo. Portanto é representado como um fenômeno coletivo. Se não se mantiver coletivo, a ansiedade relativa à responsabilidade de salvar uma vida, seria transformada em problema individual, representado pelo medo, pela angústia e principalmente pela fraqueza pessoal, o que seria uma inadaptação à própria profissão.

Insatisfação no trabalho

Apoiada em DEJOURS (1992), a insatisfação no trabalho é um dos sofrimentos fundamentais. Essa insatisfação é vivenciada tanto pelas enfermeiras como pelo restante da equipe, em especial pela atendente de enfermagem. A insatisfação parece-nos ligada ao “conteúdo significativo” da tarefa. A análise dos depoimentos das atendentes deixa claro um sentido de inutilidade que remete à falta de qualificação e de finalidade do trabalho. Desqualificação que tem um sentido de desvalorização da imagem de si que repercute do trabalho. O trabalho de atendente representa o “fundo do poço”, onde as atribuições oficialmente

estabelecidas não são cumpridas na prática, já que não só realiza as suas atribuições como também as da auxiliar e às vezes até as da enfermeira¹⁶. Portanto, as atribuições “oficiais” da atendente aparecem como simples demais em relação ao *savoir-faire* que ela adquiriu com os anos de trabalho no hospital. Parece-nos que as atendente se encontram em situação de subemprego de sua capacidade. Daí a sensação de injustiça na medida em que não são reconhecidas pelo que fazem, mas pelo que oficialmente elas deveriam fazer.

“... se eu fosse pegar o livro de ocupações, eu vejo que minha taxa de contribuição como atendente no C.O. é muito pequena, ela se restringe à limpeza, troca de pacientes, levar paciente para o banheiro, então, se a gente fosse fazer o que cabe à gente fazer... a gente trabalharia, como se diz... no fundinho do poço. Só que a gente não está lá, a gente está fazendo tudo, faz medicação, punciona veia, não todas, mas a maioria faz. Aí o que acontece? Você nunca é reconhecida, numa avaliação, você é avaliado por aquilo que está no papel, não por aquilo que você exerceu por um ano”.(At.IV)

A insatisfação no trabalho referida pela enfermeira está ligada à própria indefinição da divisão do trabalho dentro da enfermagem, que repercute na sua própria identidade. As enfermeiras se queixam de que, em alguns momentos, o

¹⁶ “A ergonomia trabalha com dois conceitos: trabalho real e trabalho prescrito (ou planejado). Isto mostra a diferença entre o que se planeja e o que se executa e tem como objetivo uma sintonia entre o trabalho e o limite dele(do trabalhador)” (HELOANI,1996).

seu trabalho não apresenta nada que as identifique enquanto tal, mas em outras situações, geralmente aquelas que envolvem resolução de problemas, daí sim, ela é lembrada. A nosso ver, a enfermeira está insatisfeita com o seu trabalho porque é referêcia somente para resolver os problemas e não para participar do processo de atendimento à parturiente. Dessa forma, sua identidade se dispersa. porque não corresponde àquela que ela idealizou durante a sua formação, ou seja, o cuidado ao paciente Segundo HABERMAS (1983:78), “...quando uma pessoa é confrontada com exigências que estão em contradição com expectativas surgidas ou também com as estruturas de expectativas experimentadas e assumidas no passado(....) Em certas circunstâncias, tais conflitos constituem uma carga tão forte para a personalidade que essa se encontra diante da alternativa de se quebrar ou de iniciar uma nova vida...”

Essa divisão do trabalho entre a equipe de enfermagem é qualificada pelo próprio pessoal por “confusão” de tarefas, sendo a repartição do trabalho feita mais em função do limitado número do pessoal que em função das suas qualificações. Não é raro a enfermeira circular uma sala,¹⁷o auxiliar controlar o material e a atendente puncionar uma veia ou administrar medicamentos. A confusão de tarefas pode ser explicada tanto pela carência de pessoal aliada à alta demanda de atendimento, como por uma certa concepção de que todos devem estar preparados para todas as funções. Daí a idéia de o trabalhador de enfermagem tornar-se substituível/descartável e seu trabalho, não especializado.

¹⁷ Circular uma sala cirúrgica é uma das etapas do processo cirúrgico, do ponto de vista da enfermagem. Compreende o funcionário preparar a sala antes da cirurgia, oferecer o material esterilizado e permanecer nela até o término da cirurgia, quando a paciente é encaminhada à sala de recuperação e o funcionário, pode, então, tirar o material cirúrgico da sala, limpá-la e prepará-la para outra cirurgia.

Isso tem repercussões políticas como a docilização do próprio trabalhador - docilidade/utilidade - e repercussões pessoais na medida em que se sente impotente frente ao sistema. Vejamos o desabafo de uma enfermeira.

“... há uma mistura muito grande de atribuições... na verdade há mesmo, porque as coisas estão mal definidas, tão mal esclarecidas... você vê os enfermeiros fazendo serviço de auxiliar, os auxiliares dos enfermeiros, fazendo serviço de atendente, é uma confusão tal que a gente não consegue se organizar... nessa confusão de funções, acho que a gente sai perdendo, porque a gente acaba se sentindo às vezes inútil. Porque precisa de um enfermeiro, se um auxiliar ou um técnico pode plenamente fazer o serviço dele?... Eu sou útil, se eu faltar hoje, se não for ao trabalho vão sentir minha falta? Existe alguma atividade que possa fazer que ninguém possa fazer? Quais são essas atividades? É isto que a gente está buscando e não tá achando a resposta.”(Enf.I)

O sofrimento começa, segundo DEJOURS (1992) quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada, quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação e acha como resposta apenas sua insatisfação. Não são somente as exigências psíquicas do trabalho fazem surgir o sofrimento, mas também a certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir.

II. Identidade social

1. O que é enfermagem?

Um pouco da história de sua profissionalização

“Nós, depois de tantos anos de repressão, a gente não tá muito acostumado a pensar, a criticar, nós, enquanto enfermeiras. Primeiro, que somos mulheres, nós somos educadas para ser pessoas bem passivas, depois, que muitas escolas de enfermagem não dão tanta ênfase à técnica mas àquela qualidade de doação, de caridade, tudo tem muito a ver com a história da enfermagem, muitas freiras eram enfermeiras ou freiras ou prostitutas, também tudo isso tá muito na nossa história.” (Enf.1)

Enfermeira significa “aquela pessoa que cuida dos doentes nos hospitais, auxiliando o trabalho do médico” (Dicionário Ilustrado da Língua Portuguesa,1971:336). O ofício da enfermagem é conhecido desde a Antigüidade. “A Mesopotâmia, o Egito e a Índia dispunham de pessoas especializadas para cuidar dos doentes”(Grande Enciclopédia - Delta Larousse, 1975:2414).

Até o final do século XVIII e início do século XIX, o Cristianismo exerceu forte influência sobre o trabalho de enfermagem. Tanto que o caráter religioso marcou a primeira fase denominada enfermagem pré-profissional, também chamada de “modelo religioso” e “período obscuro da enfermagem” e antecedeu a criação da enfermagem profissional ou enfermagem moderna. Nesse modelo

religioso, a prestação da assistência aos doentes era realizada por religiosos ou pessoas ligadas à Igreja, predominando os ideais de fraternidade, caridade, serventia e auto-sacrifício.

Nesta perspectiva, RATTO citado por BRÊTAS (1994: 3) salienta que:

“A igreja vai impregnando na enfermagem os ideais de servir, de caridade, de desprendimento, de amor ao próximo, trazendo-lhe, também, a conotação de uma atividade sublime. Os agentes da enfermagem não poderiam ou não deveriam ter direitos a reivindicações materiais, visto que o seu ofício, prestação de cuidados, é concebido como espiritualizado.”

Os hospitais até o século XVIII, como já vimos, eram predominantemente área de assistência aos pobres e desassistidos e de exclusão de doentes. As pessoas doentes eram vistas como perigosas, portanto os hospitais caracterizavam-se como locais de segregação social, onde os doentes eram levados sem finalidades terapêuticas. O pessoal hospitalar não se destinava à cura de doenças, mas lá estavam para fazer obras de caridade, buscando a salvação de suas almas, como a dos doentes. A prática de enfermagem expressava-se em procedimentos caseiros relacionados à higiene, lavagem de roupas, cuidados com o ambiente, preparos de chás e alimentos, característicos de cuidados domésticos dados pelas mulheres nas famílias. Era destituída de qualquer conhecimento especializado (MEYER, 1995).

Com a instalação do Capitalismo, do Renascimento e da Reforma Protestante, iniciou-se a introdução de pessoas leigas para prestarem os cuidados de enfermagem. Para MEYER (1995), esse período caracterizou-se como “período obscuro e decadente da enfermagem (última parte do século XVIII até metade do século XIX), assim chamado, principalmente, em função das agentes (mulheres socialmente marginalizadas, oriundas de prisões, analfabetas e geralmente afetadas à bebida) que assumiam a prestação desses cuidados. A posição social dessas mulheres em oposição à das religiosas, associada a péssimas condições de trabalho, jornadas de trabalho exaustivas de 12 a 48 horas seguidas e falta de preparo específico para assumir estes cuidados, contribuíram para a desvalorização da prática de enfermagem e das pessoas nela envolvidas.

Esse período, antecipado entre os séculos XIV e XVIII por alguns autores como MELO(1986), além da substituição nos hospitais por pessoas despreparadas, tem como outra característica a perseguição às mulheres que curavam, por parte da Santa Inquisição. Nesse período, conhecido como “Caça às Bruxas”, presencia-se, em toda a Europa, uma repressão sistemática ao feminismo. As mulheres foram, então, vítimas da força patriarcal reacionária da Inquisição. PITANGUY, citado por BRÊTAS(1994:15), “adverte que a instauração da Medicina como uma nova profissão, no século XV, contribuiu sobremaneira para a desarticulação da mulher enquanto ser que cura, fato concomitante à grande “Caça às Bruxas”.

O modelo religioso e caritativo característico da enfermagem pré-profissional era realizado no domicílio, por mães ou escravas treinadas ou pelo

físico e cirurgião-barbeiro, como parte de sua atividade assistencial¹⁸. No nível institucional, nas enfermarias dos jesuítas e depois nas Santas Casas, quando organizadas e administradas pelas congregações religiosas, a partir do século XVIII, é que aparecem referências a um determinado tipo de trabalho designado como de enfermagem. Além do espaço doméstico e do espaço institucional, alguns precursores das atividades de enfermagem, como as parteiras, realizavam um trabalho independente e autônomo (PIRES, 1989).

Até então não podemos dizer que os precursores da enfermagem tinham características profissionais, no sentido de terem adquirido capacitação através de um processo de instrução formal, de estarem submetidos às regras normalizadoras do exercício profissional e de receberem remuneração pelos serviços prestados.

Se levarmos em conta as dimensões, isto é, os atributos organizacionais que, presentes, constituem a forma burocrática da organização, podemos dizer que até o século XIX o hospital não se caracterizava como organização burocrática. Por exemplo, a divisão do trabalho realizada, no Brasil, pelos jesuítas e pelos irmãos de caridade nos hospitais e Santas Casas, não estava completamente estabelecida. O que se verifica, segundo PIRES (1989), é a organização do trabalho baseada na divisão de tarefas, sendo que o controle do funcionamento da instituição e do processo assistencial era feito por religiosos hierarquicamente superiores na escala da ordem religiosa ou por indivíduos leigos, de reconhecido poder econômico e de status na sociedade da época.

¹ Para melhor compreensão da prática dos exercentes das ações de saúde no Brasil com a colonização ver PIRES, 1989:32 - 43.

Somente a partir do século XIX, a enfermagem aparece como profissão, tendo como figuras marcantes Ana Justina Ferreira Neri (no Brasil) e Florence Nightingale (na Inglaterra).

O progresso econômico por que passava a Inglaterra no século XIX trouxe poucos benefícios à população trabalhadora. As condições de vida e de saúde durante a Revolução Industrial eram devastadoras e criaram um campo fértil às práticas assistenciais que, não mais exercidas por religiosas, marcaram a substituição do modelo religioso pelo modelo vocacional (segunda fase) e pelo nascimento da enfermagem moderna.

As transformações no saber e na prática médica, como vimos, estabeleceram novas relações de trabalho. As funções manuais de assistência direta ao doente são as primeiras a se separar do trabalho médico, constituindo a enfermagem (GONÇALVEZ citado por MELO,1986). A enfermagem se institucionaliza enquanto profissão, consubstanciada na separação da prática religiosa da técnico-profissional e na separação do trabalho médico das funções manuais, adquirindo um certo *status* técnico.

O modelo vocacional valorizou e exaltou o trabalho da enfermagem, considerando-o como arte ou chamamento, de modo a atingir a disciplina na conduta do pessoal hospitalar e no ambiente do doente.

Foi nesse momento que Florence Nightingale procurou dar esse outro sentido à prática da enfermagem. Ela afirmou que “a disciplina é a essência do treinamento”, introduzindo várias técnicas disciplinares que estabeleceram limites ao espaço social, delimitando os espaços individuais que cada trabalhador

de saúde devia ocupar na hierarquia hospitalar e em particular na hierarquia da enfermagem.

Tornou-se assim possível o trabalho de enfermagem nessa nova estrutura de poder, com a finalidade de disciplinar as tarefas de enfermagem e manter a enfermeira sempre pronta e fiel às ordens médicas. Além dos cuidados prestados anteriormente, foram acrescentados ao “saber da enfermagem” os cuidados com o ambiente e a execução das ordens médicas (ALMEIDA e ROCHA, 1986).

Ainda atualmente persiste fortemente a idéia de que a enfermagem é meramente um auxiliar do médico, um tipo especial de secretária. Isto se deve, em parte, à própria história da profissionalização de enfermagem como profissão subalterna ao médico, cujo status e reconhecimento social persiste até hoje, representando o poder nas instituições de saúde, em especial, nos hospitais:

“ Às vezes, eles (médicos) ainda querem manter um relacionamento antiquado com a enfermagem que não tem mais sentido.

Como assim?

Seria a enfermagem secretariando a equipe médica, como se a enfermagem fosse um mero executor da prescrição médica, como se a enfermagem não tivesse suas próprias atribuições, ainda mal definidas, mas que são só da enfermagem, confundem a prescrição médica com a prescrição da enfermagem... aquela coisa de sim senhor, de fazer as coisas na hora que eles pedem, do jeito que eles querem... uma relação assim de poder, de mandar e desmandar, né. É uma coisa bem política... o médico é o dono da vida, tem poder

sobre a vida e a morte e poder sobre as pessoas, como se ele fosse um curandeiro, um Deus. Alguns reagem assim, não gostam que a gente chame pelo nome na frente da paciente porque vai descaracterizar a relação deles com a paciente...”(Enf.1)

Ao fundar a Escola de enfermagem do Saint Thomas Hospital, Florence preconizou, como principais requisitos para as alunas, “um mínimo de condições educacionais e um máximo de elevação moral” incorporando traços de altruísmo, abnegação, pureza, sacrifício e humildade. Ela implantou o regime de internato, que teve como objetivo garantir a preservação e desenvolvimento dessa elevação moral. Além disso, criou dois tipos de profissionais: as “ladies-nurses”, mulheres de classe social elevada para o ensino e supervisão do pessoal e as “nurses”, de classe inferior, para o cuidado direto. RATTO, citado por BRÊTAS(1994:12), salienta que “desde o início houve uma junção entre as qualidades de caráter moral, socialmente construídas e as qualificações técnicas dos exercentes.”

Dessa forma, institucionalizou-se a hierarquia da enfermagem, baseada na divisão de trabalho intelectual e manual, reproduzindo na enfermagem as relações de classe da sociedade (ALMEIDA e ROCHA, 1986). Além da divisão social do trabalho, que demarcou os lugares dos componentes de classe social diferentes na enfermagem, duas outras características marcaram a nova profissão: ter nascido como trabalho assalariado sob o modo de produção capitalista e ter sido exercida historicamente por mulheres.

Além disso, a enfermagem representava, segundo RIZZOTTO (1995), uma das profissões que não alteravam substancialmente o papel de submissão da

mulher em relação ao homem, já que nesse trabalho continuava a receber ordens, agora dos médicos, bem como não se afastava muito de seu papel de mãe, transferindo o cuidado da família para outras pessoas, os doentes.

Não podemos negar, no entanto, que Florence foi audaciosa para sua época. Conquistou um espaço profissional, mas “não conseguiu romper com o espaço *permitido* para as mulheres: o do doméstico, reforçando a enfermagem como uma extensão do lar”(GASTALDO & MEYER,1989:11).

A enfermagem profissional¹⁹ brasileira nasceu dentro do projeto sanitarista de criar as condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento capitalista, importando o modelo das escolas e serviços de saúde americanos²⁰. Dessa forma, a prática de enfermagem em saúde pública serviria às necessidades de implantação e expansão do capitalismo, além de as características ideológicas da profissão de submissão e servilidade ao Estado e aos médicos não representarem ameaça à ordem vigente. Os valores e a ideologia dominante como os sentimentos cívicos de servir à pátria, o espírito de religiosidade, de caridade e altruísmo cristãos foram absorvidos como sendo os valores e a ideologia da enfermagem, especialmente no modelo vocacional (PIRES, 1989).

² enfermagem profissional - “refere-se ao trabalho de enfermagem sistematizado através do ensino, com características próprias, reproduzido nas escolas sob controle dos próprios enfermeiros e regulado por regras definidas.” (PIRES, 1989:121)

²⁰RIZZOTTO, M.L.F. (1995) em sua Dissertação de Mestrado intitulada: **(Re)vendo a origem da enfermagem profissional no Brasil: a Escola Anna Nery e o mito da vinculação com a saúde pública**, defendida na Faculdade de Educação da UNICAMP, questiona esta questão revelando que “a institucionalização da “Enfermagem Moderna” no Brasil serviu muito mais para atender ao avanço da Medicina hospitalar, eleita como núcleo da prática médica no modo de produção capitalista, do que para instaurar uma assistência de enfermagem voltada para a saúde pública.”(Op.cit:7)

Algumas características dos profissionais de enfermagem da fase nightingaliana foram cultivadas no tempo e, apesar de criticadas, ainda são encontradas, como, por exemplo: a submissão, principalmente aquela dita por Florence, da mulher (enfermeira) ao homem (médico), a falta de ambição profissional e o conformismo (MEYER, 1995).

Os ideais do Cristianismo que tinham como função salvar as almas, associam-se, nessa fase, com a função de disciplinamento dos trabalhadores hospitalares, contribuindo para valorizar o trabalho e principalmente a imagem degradante das mulheres que prestavam os cuidados de enfermagem (MEYER, 1995). Portanto, a mudança da enfermagem tradicional para a moderna buscou muito mais o treinamento disciplinar dos agentes com o objetivo de legitimar o poder através da hierarquia hospitalar do que o início da elaboração do saber da enfermagem. (SOLER, 1993).

O avanço tecnológico no século XX ampliou a divisão parcelar do trabalho nas empresas do sistema capitalista que aparece também no setor saúde e internamente na enfermagem. Aparecem, então, outras categorias no corpo da enfermagem: diretores, supervisores, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem. O enfermeiro formado para o ensino e para a administração da assistência de enfermagem controla essa assistência, delegando tarefas específicas, de cunho manual, aos demais trabalhadores de enfermagem.

A terceira fase refere-se à “enfermagem funcional”, que se desenvolveu e predominou principalmente nos EUA, no início do século XX até a década de 40, aproximadamente. Tem como foco o desempenho de tarefas e procedimentos, e não o doente, e se fez urgente devido ao aumento do número de hospitais e a

necessidade de treinar o pessoal sem qualificação que começava a se empregar neles, bem como controlar essa força de trabalho, controle exercido pelas enfermeiras (MEYER, 1995).

A delegação de tarefas na enfermagem, segundo SOLER(1993), implica também a delegação de responsabilidades entre os diferentes níveis hierárquicos com a conseqüente possibilidade de sanções pelo não cumprimento. Essas responsabilidades são muito bem especificadas na descrição do cargo, estabelecido para cada categoria pelos departamentos de enfermagem das diferentes instituições de saúde, responsabilidades que são lidas ao ingressar o pessoal contratado.

BLAU(1978), analisando as principais características que Weber atribuiu à burocracia, conclui que os requisitos para o cumprimento de responsabilidades pressionam no sentido de uma divisão em tarefas especializadas e mais facilmente administráveis e na indicação de especialistas profissionais, qualificados para o desenvolvimento de várias tarefas. Uma hierarquia de autoridade e responsabilidade se faz necessária para efetivar a coordenação das diversas tarefas decorrentes da divisão do trabalho. Essa hierarquia capacita os superiores a dirigir, direta ou indiretamente, o desempenho de círculos cada vez mais amplos de subordinados, como é o caso da supervisora em relação aos demais trabalhadores de enfermagem.

O sistema de normas e procedimentos oficiais destinam-se a padronizar o desempenho e limitar uma supervisão minuciosa que é ineficaz e produz sérias tensões. A existência da instrução profissional em relação às normas de desempenho não descarta que as resoluções carreguem uma certa subjetividade.

Então, a fim de evitar que fortes sentimentos pessoais possam interferir na tomada de decisões, faz-se necessário o predomínio da impessoalidade nas relações de trabalho.

Começam a se esboçar no interior do hospital as primeiras características de uma organização burocrática: especialização do conhecimento, típica da divisão técnica do trabalho; definição de uma hierarquia de autoridade, representada pelos médicos que se apropriam do saber da saúde e representada pela enfermeira como gerenciadora e controladora da assistência prestada pelos demais trabalhadores de enfermagem, alcançada através de um processo disciplinar.

A enfermagem funcional recebeu e ainda recebe grande influência dos princípios de administração de Taylor e Fayol que, segundo MELO(1986), não se detiveram somente ao estudo do tempo e movimento gastos numa tarefa e aos princípios gerais de organização, mas absorveram muitas formas de disciplina do militarismo. A disciplina mantém seu caráter repressivo, através da rigidez do treinamento, bem como exige do profissional as mesmas características de personalidade e comportamento - humildade, devoção e servilismo - mas agora com intuito diferente: formação de um profissional mais dócil, obediente e controlável. Segundo HELOANI(1991b:104):

“Administração Científica no Brasil foi utilizada de forma simplificada e até aparentemente contrária ao conjunto dos princípios desenvolvidos pelo próprio Taylor. A versão brasileira da Administração Científica absorveu sobretudo as técnicas e

conceitos relativos à construção de mecanismos disciplinares de controle sobre o trabalhador, centralizou as decisões nos segmentos politicamente mais leais ao capitalista e ainda assegurou os meios de aumentar a intensidade de extração da mais-valia (extração de trabalho não pago)”.

Esses mecanismos disciplinares se ajustaram muito bem à enfermagem funcional, que buscou designar as tarefas de acordo com a complexidade e nível de competência do pessoal. Essa fase marca uma nova divisão do trabalho, não mais calcada naqueles politicamente superiores, mas naqueles tecnicamente preparados pela especialização funcional. A enfermeira, na figura da supervisora, representaria o operário especializado taylorista, e sua entrada, desde a introdução das “ladies-nurses” por Florence, não foi por acaso, à medida que, colocada entre trabalhadores e direção, reproduzia mais o pensamento das classes dirigentes do que o pensamento de sua própria classe, além de não representar uma ameaça a eles.

MEYER(1995) coloca que a hierarquia e as relações de poder já existentes são ampliadas e reforçadas pela crescente divisão técnica do trabalho e pelos discursos da gerência científica. Acentuou-se também a característica técnica do fazer, em que o saber se expressa nas técnicas de enfermagem, baseadas mais nos princípios de organização do que nos conhecimentos científicos. A influência dos princípios de racionalidade científica enfatizaram, ainda, a destreza e a habilidade manual já que eram fundamentais no contexto da enfermagem funcional e possibilitavam atingir os objetivos das instituições hospitalares

através de menores gastos e mais eficiência. Acreditamos que ainda persiste fortemente essa ênfase na destreza e habilidade manual, representada no ambiente hospitalar pelo endeuamento da prática, no sentido da característica técnica do fazer.

No modelo funcional podemos perceber também uma das dimensões da burocratização representada pela sistematização das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de enfermagem, de modo a ordenar e controlar a atuação de cada um deles. O preparo técnico é imprescindível para o alcance da racionalidade no trabalho, de modo a conseguir o melhor resultado com o menor gasto. Isso foi alcançado pela aplicação dos princípios tayloristas sobre a gerência científica, em que o gerente controla o processo de trabalho, ou seja, como e em quanto tempo os demais trabalhadores executarão a tarefa de forma parcelada.

As técnicas são, portanto, produto da separação do trabalho de concepção e execução na enfermagem. Tanto que todo trabalho intelectual se concentra no departamento ou divisão de enfermagem e todo o trabalho de execução nos diversos setores do hospital. Essa organização do trabalho, a partir dessa visão parcial do taylorismo, representou, segundo HELOANI(1991a), uma preocupação em administrar um espaço de exclusão sobre o trabalho, isolando-o do acesso aos centros de decisão. Notamos em nossas entrevistas um distanciamento das chefias superiores(diretora geral e diretoras de serviço) do cotidiano de trabalho das trabalhadoras de enfermagem. Dessa forma, a chefia não participa do dia-a-dia do setor bem como as trabalhadoras não têm acesso às

decisões da chefia, estabelecendo uma distância espacial e política - “a cabeça destituída do seu corpo”.

“A partir da constante preocupação de constituir um espaço de exclusão sobre os trabalhadores por parte do capital podemos compreender o apelo que a cultura brasileira lançou para a burocracia...”. (HELOANI,1991a:328)

WEBER, segundo GOULDNER(1978:62), concebia a burocracia como uma organização bifacial. Uma das faces seria uma organização baseada na especialização, e a outra face seria baseada na disciplina. Ser disciplinado implica em ser obediente.

“A obediência é invocada, ou como um meio para a realização de um fim, um indivíduo obedece porque a norma é percebida como o melhor método conhecido para a consecução de algum objetivo, ou como um fim em si mesma, porque a ordem não é discutível, somente executada”.

Podemos, no entanto, focalizar a obediência nas relações de trabalho dentro da enfermagem, de outro prisma. Sendo a enfermeira a gerenciadora do trabalho da enfermagem, ou seja, de outros trabalhadores, sua autoridade repousa na atribuição de um cargo legalmente definido, enquanto que a autoridade médica é baseada na competência técnica, algo carismática. Nesse sentido,

podemos perceber uma variação segundo o modo pelo qual as normas são introduzidas: por imposição ou por acordo.

A nosso ver, os conflitos entre a autoridade da enfermeira e do médico sobre a equipe de enfermagem são resultantes da distinção desses dois tipos de autoridade, explicitadas acima. A partir daí, a percepção da equipe de enfermagem sobre as normas difere segundo de quem as emana: se for de enfermeira, a norma se apresenta como imposta e a obediência adquire um fim em si mesma; se for emanada do médico, a obediência é assegurada por um consentimento voluntário, que não leva em conta somente a obediência em si, mas o que se poderia ganhar com o “acordo” com o médico. Vejamos como a atendente de enfermagem relata isso:

“não importa que eu seja atendente, preta e pobre mas importa com quem eu me dou, quer dizer, com os docentes, com estas pessoas a gente tem que ser mais chegada...”(At.2).

Se levarmos em conta que na burocracia a impessoalidade das relações interpessoais é uma das dimensões de uma associação formal como o hospital, a aproximação que se estabelece especialmente da atendente e da supervisora com o médico poderia ser considerada um desvio com relação às características do tipo ideal de burocracia racional, caracterizando o que UDY(1978) chamou de “organização informal”²¹.

²¹Apesar das restrições que UDY faz à utilização da dicotomia “formal-informal”, usamos o termo no sentido de descobrir as inter-relações exatas entre as variáveis, por exemplo: quando e por que em determinados momentos a relação medicina-enfermagem é pessoal ou impessoal. Portanto não pretendemos comparar as

Estamos lidando com o estabelecimento de grupos informais onde a estrutura de poder possibilita uma aproximação que leva em conta a empatia com o outro, chamada vulgarmente de: “*eu não vou com a cara dela*”, demonstrando que nem sempre a impessoalidade se aplica às relações sociais no hospital. O predomínio da subjetividade em detrimento da objetividade indica que, em nosso universo de investigação, apesar de a autoridade ter sua origem em um status reconhecido, como é o caso da autoridade médica, ela nem sempre é inerente ao cargo, sendo muitas vezes determinada pela pessoa que o desempenha.

Tanto que a autoridade está implicitamente relacionada com a representação de uma identidade que já está estabelecida. Expliquemos melhor: a enfermagem se comporta diferentemente segundo a hierarquia médica. Se se trata do docente, chefe do setor representante de uma identidade reconhecida duplamente, enquanto professor de medicina e administrador, o tratamento da enfermagem é de um modo, podemos dizer, “respeitoso” na medida em que não contesta suas ordens. Se se trata de um interno ou residente, a enfermagem aparece como geradora de conflitos porque contesta tanto a forma como está sendo feito o trabalho médico como suas ordens. Vejamos como o docente relata:

“a gente vê essa rotatividade com esse pessoal mais novo (da equipe médica) e as pessoas que estão aqui, há mais tempo, existe problema de relacionamento, não é pela questão técnica, tecnicamente as pessoas são bem preparadas, mas pelo próprio relacionamento. Às vezes não vai com a cara de determinada

características das organizações “formal” ou “informal” ou ainda utilizá-las como orientação teórica geral e sim

pessoa ou acha que aquela pessoa é muito inexperiente ou acha que tem capacidade de julgar o que a outra está fazendo de errado... a sensação que me dá é que não se respeita o interno, pode falar que ele não tem capacidade para fazer, não está formado para isso, mas também não deveria haver este desrespeito..."(Dir.Méd.)

A quarta fase, que se instaurou no final da década de 40 até meados de 60, caracterizou-se pela preocupação em organizar os princípios científicos que nortearam a prática da enfermagem até então, substituindo o foco das tarefas para centrar-se nas necessidades do paciente e pela ênfase no trabalho em equipe, influência da Escola de Relações Humanas de Elton Mayo (MEYER, 1995).

A emergência dos princípios científicos como fundamentação para as técnicas de enfermagem, com base principalmente nas ciências naturais e também sociais, busca uma mentalidade racional sobre o trabalho de enfermagem procurando dar uma resposta dita científica aos atos de enfermagem. Contudo, tem repercussões que vão além da simples fundamentação para as técnicas de enfermagem. Estabelecem normas disciplinares de conduta que visam implicitamente à administração da percepção do trabalhador da enfermagem, moldando-o em relação ao vestuário, gestos, atitudes e posturas que acabam tendo um caráter utilitarista por parte da instituição, que busca não somente a melhor maneira de produzir, mas a cooperação recíproca entre capital-trabalho e o reordenamento da subjetividade no interior do processo produtivo (HELOANI, 1994). Perguntamos: Até onde as

com propósitos limitados.

normas são justificadas pelos ditos princípios científicos e até onde não estão sendo usadas no controle da subjetividade do trabalhador de enfermagem?

Além disso, a emergência de um saber cientificado reforça a autoridade da enfermeira e a hierarquização dentro da equipe de enfermagem, na medida em que este saber científico era repassado pela escola somente às enfermeiras, deixando intactas a subordinação e a falta de autonomia que caracterizam a relação médico/enfermeira e instituição/enfermagem enquanto profissão (MEYER, 1995).

No nível de assistência de enfermagem hospitalar é elaborado e caracterizado o trabalho em equipe, influência da Escola de Relações Humanas de Elton Mayo. Segundo MEYER (1995) desempenham papéis preponderantes nessa escola a comunicação, a participação e a liderança, que vão constituir o centro do discurso do trabalho em equipe na enfermagem. Analisemos cada um desses papéis:

Em relação à comunicação (especialmente da enfermeira com o paciente), com a especialização do trabalho médico, a enfermeira se vê atribuída de um conjunto de tarefas que antigamente se incumbia ao médico. O preparo técnico é imprescindível e a relação enfermeiro-paciente acaba em segundo plano. A Escola das Relações Humanas retomou um ponto, talvez esquecido até então, na evolução do saber da enfermagem (na medida em que centraliza a assistência nas necessidades do paciente): a esfera da interação, e coloca a enfermeira entre dois pólos, o da técnica e o do contato humano²².

²²Para maiores detalhes sobre as implicações da divisão do trabalho com a progressiva burocratização do hospital ver CHAUVENET, Antoinette. Professions hospitalières et division du travail. **Rev. Sociologie du Travail**, Paris, v.13, n.2, p.145-163, avr./juin.1972.(número special: Les professions)

Para concretizar o discurso da participação, valorizado pelo trabalho em equipe é preciso elaborar várias sentenças disciplinares sobre a necessidade de especialização e da solidariedade.

“A especialização permitiria que cada trabalhador cumprisse melhor o seu papel e a solidariedade permitiria que fosse intercambiado o produto de cada trabalhador especializado, desta forma, o organismo como um todo sobreviveria.”(HELOANI,1991b:350)

No entanto, o discurso da solidariedade nas relações de trabalho na enfermagem dá margem a múltiplas interpretações. O que podemos verificar em nossa análise dos depoimentos é que apoiados no discurso de colaboração com o serviço, os funcionários são induzidos a se submeterem a horas-extras e à intensificação do ritmo de trabalho, na medida em que o serviço, em alguns momentos, atende uma alta demanda com número reduzido de funcionários²³. Em contrapartida, a solidariedade entre os componentes de equipe de enfermagem é negada e justificada pela própria hierarquização hospitalar. Vejamos como a atendente relata:

“Outro dia teve uma reunião e ela (enf.) exigiu que a gente ajudasse a colega, que tivesse mais coleguismo e que a gente ajudasse uns

²³Não podemos descartar que as horas-extras representam uma possibilidade de aumento do rendimento financeiro, seja ele computado diretamente no salário acrescido das horas-extras, seja ele indiretamente revertido através da avaliação, na medida em que quando colabora com o serviço recebe uma avaliação “satisfatória” e a possibilidade de subir no quadro de carreira, o que tem repercussões salariais.

aos outros. Mas como eu vou ajudar esse colega, se o colega auxiliar não gosta que eu fique me intrometendo no serviço dela? Então eu fico no meu canto. E a auxiliar? Não carrega um romper? Como vou fazer a parte dela se ela não faz a minha? ”.(At.3)

MEYER (1995) também identificou que o discurso da participação no trabalho em equipe pode ser interpretado de várias formas. A participação traduz-se numa disponibilidade para assumir atividades fora da sua jornada de trabalho, ou uma colaboração que redunde em obrigação ao assumir fazer algumas horas-extras, iniciativa em ajudar o outro em situações imprevistas ou ainda cooperação com a boa ordem no desenvolvimento dos trabalhos, chegando na hora estabelecida e estando uniformizado conforme as normas padronizadas previamente. Pode-se notar que estão implícitos nesse discurso a abnegação e o espírito de servir desinteressados, presentes na enfermagem pré-profissional, aliados à ênfase disciplinar incorporada no modelo vocacional.

Apesar de, atualmente, as referências explícitas às atitudes e qualidades morais e de caráter dos profissionais de enfermagem não serem mais tão evidentes, elas ainda se fazem presentes principalmente na imagem que outros profissionais, especialmente o médico, têm da enfermeira competente. Vejamos como o docente define a enfermeira competente.

“...não gosto de citar nomes, mas ela eu faço questão de citar, a Z. tem uma dedicação incrível, se ela pudesse levava a paciente para casa...”(Dir. Méd.)

Outro ponto que se destaca na Escola de Relações Humanas é a liderança, que no caso da enfermagem, além de cristalizar o trabalho de gerência da enfermeira, legitimado pelo papel de líder da equipe, mantém oculto o papel de intermediadora da expectativa da classe dominante, representado pela equipe médica, em manipular e controlar a força de trabalho. Esse controle da força de trabalho da enfermagem, via supervisora, é colocado pelo diretor médico como “tornar as pessoas o mais profissionais possível”.

“...o pessoal do corpo de enfermagem, como já está acostumado a ver muita coisa, às vezes questiona mesmo certas coisas e isto acaba criando mais problemas, por isso eu tento dizer para a D.(superv.), tem que tornar as pessoas o mais profissionais possível...”(Dir. Méd)

A função da supervisora representaria também a possibilidade de ascensão social, afastando-a do cuidar manual que, frente aos padrões vigentes, seria uma atividade menos nobre e elevando-a à categoria dos que intermediam as relações de produção. No entanto, a percepção de que a supervisora detenha o poder de decisão não passa de um falso caráter de poder, em que a participação no processo decisório está cada vez mais distante do seu âmbito de atuação. Consciente ou não desse restrito âmbito de atuação, a supervisora necessita estabelecer outra estratégia de poder, alcançada através da conivência com o docente em questão. Vejamos como a supervisora relata uma intervenção do diretor em assuntos de enfermagem:

“ele vem sempre embasado em alguma ‘comida de bola’ e nesse momento eu não posso chegar nele e falar que ela deveria agir de outra maneira, eu tenho que ser mais sutil, dar o recado sem bater de frente, porque é o único canal que eu tenho para resolver os problemas em relação ao restante do grupo...Não sou eu que vou...”(Superv.)

O papel do supervisor também implicaria no surgimento de reações das demais categorias contra ele, estando aí, segundo IDE citado por SOLER(1993), a essência dos conflitos de sua identidade profissional. Vejamos como a supervisora relata sobre o seu trabalho:

“chego de manhã pego plantão com a supervisora da noite ou então pego plantão direto no C.O., fico lendo frequência, registro de informações no livro de passagem de plantão, porque mesmo sendo um hábito diário nós não encontramos tempo para ler, mas é preciso para saber o que aconteceu, para fazer encaminhamento como alguns consertos, de manutenção, para ver o que está faltando. Em cima do livro e da frequência é que você vai poder direcionar as suas atitudes. Por exemplo, a frequência é uma coisa que mudou muito. O C.O. quase sempre tinha uma pessoa que faltava com atestado ou porque faltou mesmo. Tem a questão de disciplina para os que chegam atrasados, estão sempre assinando cartão como se estivessem chegando no horário.”(Superv.)

No entanto, a enfermeira ainda sente um certo distanciamento da supervisora em relação ao seu cotidiano de trabalho, e o papel administrativo, no sentido de fazer parte efetiva do grupo, não aparece. Além disso, a nosso ver, a supervisão não tem por objetivo otimizar o trabalho e sim “mostrar serviço”, ou seja, justificar a própria função de supervisão.

“a supervisão ideal não existe, mas para funcionar melhor eu acredito que seria aquela supervisão que estivesse vivenciando o dia-a-dia do setor e dos profissionais que ali trabalham. Não aquela que só aparece para receber e passar plantão, para cobrar, para fazer escala... chegar para te dar elogios, para te cumprimentar, isso você não vê, mas na primeira queixa, na primeira reclamação, aí vem te cobrar... elas parecem mais interessadas no setor do que nos funcionários.”(Enf.4)

“Os conflitos resultantes das relações de trabalho e de poder não são resolvidos, ao nível da prática, com o discurso da participação no trabalho em equipe porque ceder um pouco de poder aos trabalhadores pode ser um dos melhores meios de aumentar sua sujeição, se essa lhes dá a impressão de influir sobre as coisas.”
(JENKINS citado por SOLER, 1993:88)

A quinta e última fase, que se inicia no final da década de 60 até os nossos dias, diz respeito à construção das teorias de enfermagem, processo iniciado também pelas norte-americanas e que teve como foco principal a construção de um corpo de conhecimentos que conferisse à enfermagem o status de ciência já que o saber expresso pelos princípios científicos eram dependentes de outros e não possuíam natureza específica.

No entanto, hoje é criticado pelo fato de desconsiderar o contexto em que as enfermeiras trabalham e as implicações desse contexto para o seu comportamento, detendo-se apenas na natureza metafísica do doente e no processo de interação entre ele e a enfermeira (GENLEAF citado por MEYER, 1995). Por não contemplarem e não questionarem as relações sociais que permeiam o fazer da enfermagem, as teorias, segundo a autora, têm contribuído para ocultar e/ou legitimar comportamentos e práticas que mantêm e reproduzem o caráter feminino, submisso e dependente da profissão.

2. As inter-relações do social na construção da identidade

Introdução

Antes de iniciar este subitem esclareceremos alguns conceitos que, daqui para frente serão usados com mais frequência neste trabalho. Entendemos que qualquer estudo sobre identidade implica falar sobre a realidade subjetiva, mas esta realidade encontra-se em relação dialética com a sociedade. Falamos então do subjetivo e do objetivo. Segundo BERGER e LUCKMANN (1991), a realidade social é objetiva e subjetivamente acessível ao indivíduo. A realidade objetiva é aquela que, de certa forma é imposta ao indivíduo e já existia antes dele. Daí a nossa preocupação em mostrar até agora todo o processo de socialização da enfermagem, cujas fases ou modelos esboçam os movimentos da identidade social, ou ainda, aquilo que foi construído ao longo de sua história e que a representa enquanto profissão. Dessa forma podemos dizer que a identidade da enfermeira já pressupõe um processo anterior da representação prévia do que socialmente se conhece por enfermeira, ou seja, somos objeto da identidade social da enfermeira. Mas CIAMPA(1994) nos adverte de que somente essa representação prévia não basta, é preciso considerar as relações nas quais a enfermeira está envolvida concretamente (no nosso caso as relações de trabalho) para que se possa confirmar essa representação, de forma que esse processo de representação seja incorporado na sua objetividade social. Portanto, segundo HABERMAS(1983: 22), “ninguém pode edificar sua própria identidade independentemente das identificações que os outros fazem dele, ou ainda, o

fundamento para a afirmação da própria identidade é a auto-identificação intersubjetivamente reconhecida”

Esta parte do capítulo destaca o processo de socialização do indivíduo quando inserido numa instituição como o hospital, como essa realidade se apresenta ao indivíduo. A partir da interação indivíduo-instituição, as atividades dos indivíduos são padronizadas em papéis, formulando identidades, cujos conteúdos estão prévia e autoritariamente definidos para garantir a conservação da própria instituição. A enfermeira absorve as atitudes e papéis atribuídos a ela, interioriza-os, tornando-os seus. Por meio dessa identificação com os outros a enfermeira torna-se capaz de identificar a si mesma.

Didaticamente, podemos falar de uma realidade subjetiva, tal como é apreendida na consciência individual. Para BERGER e LUCKMANN(1991:177) “a identidade é uma entidade reflexa, implica uma dialética entre a identificação pelos outros e a auto-identificação, uma relação entre a identidade objetivamente atribuída e a identidade subjetivamente apropriada”. A realidade objetiva-se subjetivando-se no indivíduo, confirmando que, nós, indivíduos somos constituídos pelas relações sociais e somos também constitutivos delas.

“...é lícito dizer que as identidades, no seu conjunto, refletem a estrutura social, ao mesmo tempo que reagem sobre ela, conservando-a (ou transformando-a). As atividades dos indivíduos identificados são normatizadas, tendo em vista manter a estrutura social, vale dizer, conservar as identidades produzidas...” (CIAMPA, 1994:171)

A realidade, ao mesmo tempo em que é interiorizada por um processo social, também é mantida na consciência por processos sociais. Podemos dizer que os outros significativos são particularmente importantes para confirmar o elemento chave da realidade subjetiva que chamamos de identidade (BERGER e LUCKMANN, 1991).

“Para conservar a confiança de que é na verdade a pessoa que pensa que é, o indivíduo necessita não somente a confirmação implícita desta identidade, que mesmo os contatos casuais poderiam fornecer, mas a confirmação explícita e carregada de emoção que lhe é outorgada pelos outros significantes para ele.”(Op.cit.:200)

Dessa forma, para nós os outros significantes fazem parte do seu grupo de referência porque ocupam uma posição central na confirmação da identidade da enfermagem e em particular da enfermeira. Daí reservarmos o termo identidade coletiva para esses grupos de referência, no caso da enfermagem, o seu próprio grupo - chefias, enfermeiras, auxiliares e atendentes de enfermagem e aqueles com quem partilha o seu cotidiano de trabalho- pacientes e equipe médica. É nessas relações com as pessoas do mesmo grupo que se forma a unidade da pessoa. Dessa maneira, interessa-nos entender que a identidade coletiva, enquanto identidade de grupo, tem correspondido e reforçado uma identidade de papel, impossibilitando à enfermeira ultrapassar as velhas identidades ao mesmo tempo em que possibilita à “sociedade” continuar igual-a-si-mesma, no mundo

da mesmice, repondo as identidades que uma vez foram postas num círculo infundável.

CIAMPA(1994) fala, então, de identidade-mito, quando da impossibilidade do indivíduo de atingir a condição de “ser-para-si” pela não superação das contradições. Somente quando a enfermeira vislumbrar uma quebra na identidade de papel, não mais podendo ligar sua identidade a papéis singulares e a normas preexistentes, é que poderemos falar em identidade pós-convencional(HABERMAS,1983) ou identidade-metamorfose(CIAMPA,1994). Enquanto isso a enfermeira, carregada de estereótipos femininos, vai reproduzindo as características impostas pela política de identidade.

O enfermeiro, que, na maioria das vezes é enfermeira....

“... é uma coisa de filme mesmo, a enfermeira é uma mãezona e por causa dessa áurea, de ser mulher que torna mais difícil ao médico enxergar a enfermeira como profissional, que tem uma formação, uma faculdade, que tem determinadas coisas que ela sabe muito mais do que você, acho que isso dificulta, e a sociedade nossa é machista mesmo.” (R.R2)

GARCIA (1994), em sua Dissertação de Mestrado sobre a secretária executiva, ao analisar o processo de normalização da mulher desde as antigas civilizações, coloca que a trilha vivenciada pela mulher deixou grandes marcas

na sua identidade, relacionamentos, posturas e até formas de compreensão da posição atual da mulher.

Todo o processo de profissionalização/normalização vivenciado pela enfermagem também deixou grandes marcas em nós, enfermeiras. Tanto que ainda persiste uma visão idealizada da profissão. Do modelo religioso “herdamos” a bondade, a abnegação, dedicação e o altruísmo. Do modelo vocacional, a disciplina, a obediência, a submissão. Do entrelaçamento dos vários modelos que analisamos anteriormente surge a enfermeira de hoje. Quem é ela, afinal?

Não é necessário dizer que, por ser uma profissão exercida eminentemente por mulheres, qualquer análise desta atividade implica considerar a questão do gênero. A enfermeira é, antes de tudo, mulher e sua atividade ainda é envolta por uma representação do gênero feminino:

“As representações de gênero são posições sociais que carregam significados diferentes (seja de identidade, valor, prestígio, localização no sistema de parentesco, status na hierarquia social, etc.) então, para alguém ser representado como mulher (e enfermeira) implica a assunção do todo desses efeitos significativos.” (DE LAURETIS citado por GARCIA,1994:14. A observação entre parênteses -enfermeira- é nossa)

Retomaremos a questão do gênero no capítulo três. Por ora, basta assinalar que as enfermeiras não se encontram isoladas enquanto indivíduo-mulher, fazem

parte de uma categoria mais ampla, a enfermagem, que se encontra historicamente regulamentada, normalizada e enquadrada. Portanto, falamos também de uma atividade que, como vimos, representa-se permeada de significados que diferenciam as pessoas segundo a posição social.

RATTO citado por BRÊTAS(1994:63) aponta que “um problema fundamental da profissão é a não tomada de consciência por parte das enfermeiras, e da sociedade, de que a enfermagem é carregada por estereótipos femininos, onde o papel e o status da enfermeira subordinam-se ao papel e ao status da mulher.”

Então, a enfermeira-mulher, que também é uma trabalhadora, está sujeita tanto às opressões relativas ao seu sexo e à sua posição no mercado de trabalho como também sofre as influências de todo um passado (que não é tão passado assim). Que influências são essas? Quais os estereótipos acerca da profissão enfermagem? Em que medida estes rótulos se colam à identidade da enfermeira na tentativa de mantê-la dócil e obediente às regras?

CIAMPA (1994:131) nos esclarece que “interiorizamos aquilo que os outros nos atribuem de tal forma que se torna algo nosso.” Essa “atribuição”, a nosso ver, carrega consigo “convicções preconcebidas acerca de classes de indivíduos, grupos ou objetos.” (YAHODA citado por TEIXEIRA, 1994:21), que o referido autor conceituou de estereótipos. O estereótipo, segundo ele, tem a tendência de categorizar os indivíduos, segundo o conjunto de experiências anteriores do percebido. Quando essas pré-concepções são resultantes de atitudes íntimas (experiências e sentimentos individuais) e atitudes públicas (incluem a aceitação de rótulos culturais) falamos de preconceitos. À medida que

esses rótulos culturais correspondem aos estereótipos, admite-se que o estereótipo é parte de um conjunto maior, o preconceito.

“Os estereótipos podem ser positivos ou negativos, isto é, as características podem ser desejáveis ou não... o estereótipo (pode ser definido) como parte do preconceito, sendo este sempre negativo, e o estereótipo sendo uma idéia preconcebida a respeito de uma pessoa ou grupo de pessoas, que mantém as características de rigidez, supersimplificação, generalização e falta de informações mais completas... (que) simplificam a realidade objetiva.” (ROMERO citado por TEIXEIRA, 1994:26) (As observações entre parênteses são nossas).

Falando em estereótipos, falamos de um fenômeno fortemente ligado ao contexto em que as pessoas percebem os outros. (TEIXEIRA, 1994). Esse contexto é carregado de informações que transmitem símbolos de estigma.

Segundo a teoria de GOFFMAN (1982) em sua obra: “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, os ambientes sociais estabelecem um conjunto de atributos que considerados comuns determinam que o indivíduo seja considerado membro de uma categoria. Tais atributos, morais e estruturais, configuram a identidade social.

Quando esses atributos adquirem uma característica que o torna “diferente” de outros, de certa forma, incoerente com os estereótipos que aquele determinado ambiente social criou para o indivíduo, podemos falar de estigma.

Estigma, portanto, constitui uma discrepância entre a identidade real, ou seja, aquilo que somos, e a identidade virtual, ou seja, aquilo que esperamos que o indivíduo ou nós mesmos sejamos. Nesse sentido, a enfermagem, historicamente, é considerada profissão subalterna, portanto inferior. Frente à sociedade, parecemos que pouco mudou dos tempos de Florence, permanecendo ainda fortemente rotulada como a auxiliar do médico. A submissão caracteriza um estigma que Goffman define como desacreditável, porque ela não é visível aos olhos mas “sentida” nas relações de trabalho enquanto relações de poder.

Portanto, os estereótipos, enquanto atributos preconcebidos positivos ou negativos, “colam” à enfermagem aquela imagem de abnegação, dedicação, docilidade, obediência e, especialmente, de submissão. Quando imagetivamente a enfermagem é ligada a tais atributos, espera-se que todos se comportem de acordo com eles. No entanto, a nosso ver, eles se tornam negativos quando determinam o “dever-ser” da enfermeira, tendo como objetivo a formação de uma enfermeira “produtiva”, do ponto de vista das relações de produção, porém adestrada/docilizada à não reivindicação de seus direitos, no sentido de abdicar da ação política.

Esses atributos, portanto, estigmatizam-na através de uma estratégia de poder que possibilita manter os médicos no comando e as enfermeiras na posição de incapazes de “andar com as próprias pernas”, inúteis quando não correspondem às características que lhes são impostas pela política de identidade, enfim, subhumanas, sem direito (de fato) de exercer o seu trabalho como profissionais, ao mesmo tempo, super-heroínas que tudo devem saber, mantendo-as em constante prova de sua competência.

Dessa forma, os princípios de submissão e abnegação são ainda muitos fortes na identidade social da profissão de enfermagem e interferem no seu exercício. Para BRÊTAS(1994:84) “... a revisão do status social e, conseqüentemente, financeiro, que implica em luta política, ao mesmo tempo profissional e feminista, ainda está longe de ser atingida.”

Sobre a correlação indivíduo e sociedade, BERGER e LUCKMANN(1991) coloca que:

“A identidade é um elemento-chave da realidade subjetiva. Como toda realidade subjetiva, acha-se em relação dialética com a sociedade, isto é, decorrente de influências contraditórias emergentes do meio social. A identidade é formada, mantida, modificada ou mesmo remodelada pelas relações sociais.(...) As sociedades têm história, no curso das quais emergem identidades particulares. Estas histórias, porém, são feitas por homens com identidade específicas. (BERGER e LUCKMANN, 1991: 228)

Nesse sentido, o conhecimento das consciências individuais, continuam os autores, nos darão pistas para entender as representações coletivas, que expressam o pensamento coletivo sob a ótica do indivíduo imerso num contexto sócio-econômico, político e cultural, mas estas, por sua vez, extrapolam as posições individuais, estando vinculadas aos valores disseminados da sociedade.

Mesmo que nosso estudo não tenha como objeto a representação social da enfermagem, não podemos deixar de falar desse “todo”, por mais que não consigamos abarcar todos os valores disseminados na sociedade. Entendemos inicialmente por representação “ato ou efeito de representar-(se)” (Novo dicionário básico da Língua Portuguesa. Aurélio B. de Holanda Ferreira. Folha de São Paulo, 1988).

Nesse sentido, remete-nos necessariamente à atividade do sujeito - tomado como indivíduo ou grupo. “A representação é uma construção do sujeito enquanto sujeito social(...), pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam”(SPINK, 1993:303).

Enquanto construção, não são nunca reproduções de um sujeito sobre um objeto, e sim interpretações da realidade mediada por categorias históricas e subjetivamente constituídas.

“As representações sociais são campos socialmente estruturados na interface de contextos sociais de curto e longo alcances históricos (...) o contexto de longo alcance foi denominado imaginário social, definido aqui como a “teia de significados tecidos pelo homem ao longo da história da espécie.”(GEERZ citado por SPINK, 1993:305)

Nesse sentido, qual o imaginário social acerca da enfermagem?

LOYOLA (1984), em sua Dissertação de Mestrado, descreve a enfermeira como o “anjo branco” cujos atributos seriam a paciência, a boa-vontade, a meiguice, o carinho, a caridade, a abnegação e a submissão, aquela que cumpre

ordem e auxilia. Essas características psíquicas possibilitam, segundo FERREIRA citado por LOYOLA (1984:7), uma analogia entre as representações acerca dos papéis das enfermeiras e dos papéis maternos, decorrente da concepção da enfermagem como espécie de extensão profissionalizante dos papéis maternos, “a profissão de futuras mulheres quando eram meninas”, como colocado por KERGOAT (1989).

Como mulheres desempenhando papéis femininos, os estereótipos de subordinação de profissão (obediência e submissão) aos papéis dos médicos evidenciam a posição da dependência feminina em relação aos papéis masculinos.

Quanto à natureza do trabalho de enfermagem, ele foi identificado como trabalho missionário de religiosos, heróico e exigindo alto grau de sacrifício pessoal.

Mas as representações são ainda reinterpretadas pelo grupo, ou ainda pelo *habitus*, definido “como disposições adquiridas em função de se pertencer a determinados grupos sociais” (BOURDIEU citado por SPINK, 1993: 305).

Podemos dizer que o contexto social por elas habitado, no nosso caso, o hospital, configura o “*habitus*” elaborando representações sociais acerca do trabalho da enfermagem e mais especificamente, da enfermeira. Nesse contexto, segundo LOYOLA(1984), a enfermeira é um corpo ao mesmo tempo desfrutável e ameaçador. Seguidor das normas estabelecidas pelo sistema social, é paradoxalmente “*chien de garde*” do médico, e, principal ameaça ao saber/poder por ele estabelecido.

3. As representações do trabalho da enfermagem: as estreitas relações normatizadas do seu cotidiano

A realidade vivenciada pela enfermagem é objetiva e subjetivamente acessível a ela. A realidade objetiva é entendida como a realidade dada. Isso significa que instituições que estão cristalizadas, como o hospital, são experienciadas como existindo por cima e além dos indivíduos, como se possuíssem realidade própria, realidade com a qual os indivíduos se defrontam na condição de fato exterior e coercitivo.²⁴

“As instituições, pelo simples fato de existirem, controlam a conduta humana estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que as canalizam em uma direção por oposição a muitas outras direções que seriam teoricamente possíveis.” (BERGER e LUCKMANN, 1991:80)

Os depoimentos da equipe médica ilustram com clareza a tentativa de controlar os padrões de conduta da enfermagem, no sentido de mantê-la produtiva e dócil. Identificamos, então, que ora a enfermagem era tida como irresponsável, incompetente, ora como geradora de conflitos por representar uma ameaça à hierarquia do hospital (em cujo topo está o médico), ora é tida como vítima por não ser recompensada socialmente por um trabalho árduo e

²⁴ “As organizações, na determinação da forma e do conteúdo das regras e princípios que regem as relações sociais no seu interior, procuram apresentá-los aos indivíduos como necessidade, como uma ordem das coisas, acima de sua própria vontade”.(PAGÉS citado por SEGNINI, 1988:97)

desgastante. Essa mistura ainda confusa de percepções é permeada regularmente por uma divisão social e sexual do trabalho dentro do hospital (a enfermagem serve, organiza, prepara, enfim, deixa tudo pronto para que o médico possa realizar, decidir, enfim produzir um trabalho reconhecidamente importante).

A realidade assim objetivada e normalizada é interiorizada pela enfermeira nova de casa. Ela toma contato com os estereótipos construídos na relação da enfermagem com a medicina. Criam-se, então, esquemas tipificadores que têm a tendência de padronizar previamente essa relação e mantê-la dentro dos “conformes” hierárquicos.

Dessa forma, permite desdobramentos políticos, isto é, limitar a emergência do contrapoder - a resistência - definindo redes hierárquicas precisas que funcionam como verdadeiras barreiras aos efeitos do contrapoder, além de construírem uma justificativa redundante da organização: aqui as coisas funcionam assim - ou você se adapta ou “cai fora” (HELOANI, 1991a).

“ O processo de socialização dos novos membros explicita, logo à entrada do indivíduo na organização, a submissão aos processos de trabalho e aos modelos de comportamento implícitos a estes processos” (FLEURY citado por HELOANI,1991a:28).

“... você escuta muito eles falarem que a “rincha” maior deles é de enfermeiro estar se intrometendo com a equipe médica, querendo falar, prescrever o que o médico dever fazer, o que não deve. Você ouve muito disso lá dentro, por isso procuro sempre ser o mais

profissional possível, para não ter este tipo de problema, principalmente pela visão que eu tenho da situação e acredito que não estou errada, porque não é só eu, tem outras enfermeiras que trabalham comigo, como por exemplo, a M., ela própria me colocou (quando eu fui para o C.O., ela já estava lá): Se prepara, porque eles não têm um ‘pingo’ de respeito pelas enfermeiras e pela enfermagem!”(Enf.4)

Consumou-se, pela fala desta enfermeira, os três momentos dialéticos da realidade social, relatados por BERGER e LUCKMANN (1991), a saber: exteriorização, objetivação e interiorização.

“Existindo as instituições como realidade exterior, o indivíduo não as pode entender por introspecção. Tem de “sair de si” e aprender o que elas são(...) O processo pelo qual os produtos exteriorizados da atividade humana adquirem o caráter de objetividade é a objetivação(...) A exteriorização e a objetivação são momentos de um processo dialético contínuo. O terceiro momento deste processo é a interiorização pela qual o mundo social objetivado é reintroduzido na consciência no curso da socialização.”(Op.cit:86-7)

A instituição como realidade exterior exige legitimação, isto é, modos pelos quais pode ser “explicada” e justificada. A legitimação produz um corpo de verdades universalmente válidas sobre a realidade. Esse conhecimento define e

constrói os papéis que devem ser desempenhados no contexto da instituição. Os papéis representam a ordem institucional (BERGER e LUCKMANN,1991). O papel é uma atividade padronizada previamente pela identidade coletiva, a qual independe da vontade dos indivíduos, aparece como rótulos, imagens preestabelecidas que se “colam” à identidade individual, na tentativa de manter os valores e normas sociais iguais a eles mesmos, assegurando continuidade e reconhecibilidade da identidade coletiva de um grupo. Assim, HABERMAS(1983) conceitua e reserva a expressão identidade coletiva:

“.... para os grupos de referência que são essenciais para a identidade dos seus membros; que são, de certo modo, “atribuídos” aos indivíduos, não podendo por eles ser escolhidos a bel-prazer; e que tem uma continuidade que vai além das perspectivas biográficas de seus membros”. (HABERMAS, 1983:23)

E continua mais adiante:

“A identidade coletiva regula a participação dos indivíduos na sociedade (ou a sua exclusão da mesma). Sob este aspecto, subsiste uma relação complementar entre identidade do EU (individual) e de grupo, já que a unidade da pessoa se forma através das relações com as pessoas do mesmo grupo...”(Op.cit.:26)

Dentre as várias funções que o papel pode desempenhar, identificamos na análise de depoimentos, um papel que denominamos de “vigilância recíproca” que é usado para a manutenção desta ordem. Dessa forma, garante a homogeneização do trabalhador coletivo, possibilitando assim a observação dos comportamentos que se desviam da regra. Esse papel, então, cria no ambiente de trabalho uma sensação permanente de corpos vigiados que vigiam outros corpos, como relatado por FOUCAULT (1986) no Panóptico de Bentham.

“...existe cobrança do seu plantão, de colega para colega, entre outros plantões, então isso acabou gerando... eu acho que a chefia impôs isso uma vez que ele deixou bem claro que queria cobrança de plantão para plantão... tinha uma época que a gente vinha trabalhar, ou você ficava quieto ou era perigoso sair uns ‘tabefes’ na orelha de um ou de outra lá, porque começou a surgir ‘baixaria’”.(At.4)

“ A vigilância torna-se efetivamente mecanismo de poder disciplinar por não permitir que nada permaneça às escuras, porque tudo é controlado constantemente através dos olhares calculados”.(FOUCAULT citado por SEGNINI, 1988: 121)

Em virtude dos papéis que desempenha, aquele que opta pela enfermagem, é introduzido num corpo de conhecimento não somente cognoscitivo mas também no conhecimento de normas, valores e mesmo emoções. Portanto, fazer

parte da enfermagem implica não só conhecimentos técnicos, mas “conhecimento” de valores e atitudes julgados adequados àquele profissional. Daí a importância dada ao aspecto vocacional que é valorizado tanto pelos seus pares como pela equipe médica e, por isso, altamente gratificante e enquanto tal, igualmente escravizante. Nos nossos depoimentos a vocação aparece como uma aptidão natural,²⁵ inclinação pessoal ou força interior para a realização da prática de enfermagem. Também aparece como condição necessária para o exercício desta profissão. A ideia do altruísmo e dedicação vem complementar esta noção de vocação²⁶.

BLAY(1975), analisando a mulher e o trabalho qualificado, coloca que determinadas profissões são “adequadas” ao sexo feminino e que quando esses profissionais são indagados sobre suas carreiras afirmam sentir uma verdadeira vocação. Não é difícil perceber como essas vocações foram socialmente dirigidas pelo próprio mercado de trabalho destinado às mulheres.

“A gente acaba gostando do que faz, é como um vício mesmo. Essa profissão nossa é uma coisa que a gente tem que saber se doar também, tem momentos que você é humana. É lógico o que a gente aprende na teoria na escola, mas na prática é completamente

²⁵ “A vocação entendida como um dom natural, ‘um germe’ a ser desenvolvido é efetivamente a forma privilegiada através da qual se dá o exercício do controle sobre níveis inferiores da hierarquia”(SUAUD citado por SEGNINI, 1988:99. nota de rodapé).

²⁶SOLER (1993) também identificou a vocação do ponto de vista de elementos ideológicos que servem para dar à enfermagem uma identidade profissional e legitimação social, além de reforçar a sua inserção na estrutura social.

diferente, tem momentos que você tem que se doar mais do que sabe, do que pode. Você tem que ter uma base. Mas sabe como é, é **uma coisa que tem que ter vocação mesmo pra fazer**, porque no Brasil é tão difícil, **a enfermagem é tão escravizante!** Tem certas horas que você percebe que aquilo não está no programa, não é tanto assim, mas você faz e faz com carinho, porque precisa realmente, porque é humano, porque a outra pessoa precisa de você. É muito rico isso pra gente, é muito gratificante, quer dizer uma gratificação individual mesmo. Eu não espero reconhecimento público, faço aquilo que o meu coração acha, é uma coisa de cada um..."(Aux.2)

"A enfermagem eu gosto demais, demais mesmo, aqui a gente faz tudo com bastante **dedicação**, principalmente para o paciente, você vê ele como alguém da sua família nascendo. É muito bonito quando você gosta, acho que quando a gente gosta a gente dá mais valor, muito valor mesmo. **A gente vê o próximo perto da gente como se fosse você mesma.** O resto vem assim do jeito que você...., por exemplo, você gostando você faz tudo até pra se aproximar das colegas de serviço, você procura ajudar, se ela te ofende você deixa pra lá, você sabe que vai sempre existir alguma pedra no seu caminho, mas você levanta a cabeça e vai em frente, afinal amanhã é outro dia e tudo isso passa."(Aux.1)

Fazer parte de enfermagem, especificamente naquele setor, implica também ter um “conhecimento” adequado no domínio de emoções. Nos nossos depoimentos a emoção mais controlada é a sensibilidade, não com o paciente (por sinal muito valorizada, tanto o contato físico quanto verbal com a parturiente), mas com os seus pares. Estar menos sensível às agressões do dia-a-dia coloca o funcionário em reais condições de enfrentar essa realidade.²⁷

“Quando eu estava no alojamento conjunto..., até mesmo no começo do C.O., eu era uma pessoa muito sensível. Eu chorava à toa, reclamava muito, queria que as coisas corresse como eu imaginava na cabeça, qualquer coisa diferente eu já sentia. Tinha aquela particularidade de gente, e no C.O. “paf”. Isso daí não tem...análise, eu fiz análise muito tempo. É um desgaste muito grande. Mas tem compensações também, você aprende a lidar com pessoas diferentes e até de um jeito, eu não diria violento, mas desgastante emocionalmente...”(Aux.2)

²⁷ Este processo se aproxima dos movimentos de desterritorialização e reterritorialização analisados por Deleuze e Guatari. “ O movimento de desterritorialização se refere à destruição, pelo capital, de territórios sociais, das identidades coletivas. (...) o capitalismo tende a decodificar o meio social, isto é, dissolver o sentido que se atribuía anteriormente às pessoas, às coisas, aos valores para colocar em seu lugar o valor, quantidades abstratas de riqueza e de trabalho. Através do movimento de reterritorialização, o capital (...) estabelece por diferentes meios modelos de poder e de submissão enquanto, concomitantemente, realiza o movimento de desindividualização. O capitalismo destrói a noção de individualidade.Desmantela o sentido da singularidade humana e a recoloca em relação ao capital...”(DELEUZE e GUATARI citados por SEGNINI,1988: 06).

A representação do bom profissional de enfermagem está ligada (além do aspecto técnico) ao aspecto humanístico definido como “estar ao lado”, “tranqüilizar”, “oferecer pedra de gelo” ou mesmo somente conversar com a parturiente. Isso é relevante para toda a classe e oferece a possibilidade de ser útil à comunidade, como vimos no capítulo anterior. Contudo, a representação do papel da enfermeira valorizada pela chefia está ligada ao aspecto gerenciador e controlador das situações que ocorrem no serviço, como, por exemplo, estar presente ou ciente de todos os acontecimentos, bem como estabelecer um controle acirrado sobre o trabalho do restante da equipe de enfermagem. Isso determina a identidade de enfermeira-super-mulher que se alterna com a identidade de enfermeira-vigilante/disciplinadora, todas personagens da almejada enfermeira-líder, que possibilita a ela se destacar da equipe como pessoa diferente, embora ao mesmo tempo igual. Vejamos dois depoimentos que exemplificam esses papéis.

“Tem muita gente assim como eu, mas tem enfermeiros, auxiliares e atendentes que trabalham nesta área e estão pouco se ‘lixando’ com o outro lado do paciente, às vezes parar e ouvir a história dele, acreditar no que ele está falando... às vezes, ele quer falar aquilo para você só e morreu.”(Aux.2)

“A grande virada (quando o técnico ou auxiliar passa para enfermeira) da sua função é justamente ela pegar a coordenação da equipe, a liderança deste grupo, porque tecnicamente não vai haver

diferença, pois o auxiliar ou a enfermeira, mesmo o técnico faz, por exemplo, passar uma sonda no C.O. , qualquer um dos três fez, não havendo diferença, mas se houver, é ele que tem que ver e mostrar para nós. Você está passando uma sonda num outro momento, com outra propriedade, onde você ou está coordenando alguma coisa e é urgente, então você entra para agilizar, ou então você não passa a sonda delegando à alguém este serviço...é onde eu principalmente passo para este grupo, onde eles realmente tem que trabalhar, é na coordenação, com a liderança, porque é realmente aí que eles vão mostrar que estão exercendo um papel diferente". (Dir.Serv.Obst)

A divisão do trabalho na enfermagem acarreta uma distribuição social do conhecimento. A análise que fizemos até agora dos papéis, com ajuda de BERGER e LUCKMANN(1991), tem particular importância porque revela as mediações entre os universos macroscópicos de significação, objetivados pelos hospitais e os modos pelos quais esses universos são subjetivamente reais para os indivíduos. Por exemplo, a atendente acumula em determinado saber que lhe confere subjetivamente uma autoridade no assunto. Estamos falando do *savoir-faire* ou saber tácito que ela adquiriu com os anos de trabalho na instituição. Dessa forma, executa um papel que, ao nosso tempo, é representativo tanto de uma segmentação da ordem institucional, havendo somente certos tipos de indivíduos que executam certas ações, como de uma distribuição social do conhecimento, sendo reservado a certos tipos de indivíduos o conhecimento de papéis específicos. Queremos dizer que esse acervo de conhecimentos acaba se

detendo nos mais velhos da instituição gerando conflitos decorrentes da necessidade de harmonizar o sentido que dá à sua biografia com o sentido que lhe é atribuído pelo hospital. Vejamos como a atendente revela o seu papel e como a diretora a vê:

“...mas a gente está sendo tipo exploração do serviço, porque o que a gente faz, coisas que não cabiam a mim como atendente como não cabe a nenhuma colega como atendente...mas a gente que tem o “cacuete” na mão, sabe trabalhar, você acaba fazendo e na hora de receber elogios, você nunca recebe, agora críticas no geral sim”.(At.4)

“... por exemplo se o atendente sabendo que tem que cumprir a rotina de após o parto, limpar a sala e repor os materiais e ele não repõe o próximo parto entra, há reclamação quanto à falta de fios, de uma coisa e outra, isso é um ponto de estresse... porque as pessoas tem 8 anos de C.O., dominam a rotina, sabem, mas, às vezes, não cumprem”(Dir.Serv.Obst.)

Criou-se o que BERGER e LUCKMANN(1991) chamaram de subuniversos de significações (Op.cit:117-121), quer dizer, para a atendente ela sabe o que deve fazer, inclusive faz mais do que devia e não precisa ser questionada se fez ou não fez o seu trabalho. Para a chefia o fato de ela saber não implica que ela o faça.

Outro ponto que se destaca na representação do trabalho da enfermagem é a coisificação das relações. Esse aspecto se aproxima da análise que BERGER e LUCKMANN(1991) fizeram da reificação da realidade social.

“A reificação é a apreensão dos fenômenos humanos como se fossem coisas, isto é, em termos não humanos ou possivelmente super-humanos(...) A reificação implica que o homem é capaz de esquecer sua própria autoria do mundo humano, e mais, que a dialética entre o homem, o produtor, e seus produtos é perdida de vista pela consciência. O mundo reificado é por definição um mundo desumanizado.(Op.cit:123)

Não somente as instituições podem ser reificadas como os papéis e a própria identidade tanto do indivíduo como a dos outros. Como consequência o indivíduo sente que o que importa é que a máquina funcione. As relações entre as pessoas são conduzidas segundo o processo de produção. Tanto o funcionário como o paciente são, no ambiente hospitalar, diferenciados segundo sua posição social, sua origem de classe, etc. Sua força de trabalho e saúde respectivamente são submetidas, cada vez mais a um controle direto de seu corpo, a fim de impor a docilidade associada à utilidade. Cada vez mais se tornam seres abstratos, sem vontades e particularidades. O paciente de ser social transmuta-se em códigos de diagnósticos - a hipertensa, a diabética, a pré-eclâmpsia - ou em número de leito. Ocorre um processo que os autores citados acima chamam de desidentificação, em que o homem nega a sua própria condição de homem para ser a máquina - de

cuidar e de ser cuidada - e o trabalho, que é humanização, inverte-se em desumanização.

“eu estou achando que eles (chefia) estão vendo o serviço, porque a equipe médica cobra em cima da gente. Por exemplo, tem que ter um quadro de funcionários, se faltou gente vai ficar descoberto, o serviço não vai ser perfeito. Acho que ultimamente você é uma maquininha, e mais uma maquininha do que um ser humano, que você senta e conversa, quando você está doente, você já passa a ser um estorvo, não podem contar com você. Até você não perceber isso você vive bem, mas no momento que você passa a perceber que você é visto como uma máquina, você não encara mais aquela pessoa como um ser humano, porque você não é vista assim, você já sabe que a única coisa que você tem que fazer é a produção”.(Aux.1)

“...o médico e o objeto, a coisa, o ser inanimado, a pessoa, a almotolia de povidine²⁸ é a mesma coisa e com o funcionário também acontece assim, às vezes de pegar uma paciente na hora de passar a maca para lá, é aquele coisa de falar vamos, a gente usa muito o verbo na terceira pessoa, em vez de tratar a pessoa pelo nome ou por você, é assim massificante mesmo trata ela como se fosse qualquer uma das outras mães... não há uma relação assim

²⁸Recipiente onde se coloca um anti-séptico (substância capaz de impedir pela inativação ou destruição dos micróbios, a proliferação deles). Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa. Ferreira (Aurélio). Folha de São Paulo. 1988

humana, assim de ser humano para ser humano... porque desde as palavras de pessoa até o comportamento delas reflete essa atitude tão mecânica que a gente tem tido neste fim de século...”(Enf.1)

“ Acho que tem que ver o lado da gente também, ver a preocupação da gente que tem marido, casa, filho, ela(supervisora) não pergunta se vai ou não vai dar pra trabalhar à tarde ou fazer plantão de 13 horas(...) elas fazem escala escondida da gente(...) ela quer suprir a escala, deixar a gente no setor, não pode faltar”(Aux.4)

MENZIES(1970) analisou esse processo do ponto de vista de técnicas de defesa usadas pelo serviço de enfermagem para conter e modificar a ansiedade. Essa idéia complementa a de BERGER e LUCKMANN(1991), pois nos auxilia a entender por que isso acontece.

A referida autora analisou esse processo identificando uma fragmentação do relacionamento enfermeira-paciente, uma despersonalização, categorização e negação da importância do indivíduo e um distanciamento e negação dos sentimentos. Acreditamos que podemos fazer um paralelo com as relações de trabalho dentro da enfermagem, em especial da supervisora com a equipe de enfermagem.

A supervisora não fica o tempo todo de sua jornada de trabalho dentro do setor. Essa distância vai aumentando à medida que a enfermeira sobe na hierarquia hospitalar(diretora de serviço e diretora geral). Acreditamos que isso pode significar uma estratégia para preveni-la de entrar em contato íntimo com

cada funcionário e oferece alguma proteção contra a ansiedade que esse contato mobiliza. A diretora nos contou que por alguns meses participou de perto da rotina de trabalho dos funcionários. Isso para ela não foi positivo. Vejamos o seu depoimento:

“...percebi que eu estava saindo do meu papel de diretora e entrando no de supervisora, com isso estava complicando as coisas, eu tive muito problema com o grupo da tarde, eu senti que as pessoas me viam para ver as coisas erradas, porque houve muita hostilidade... eu chegava e falava assim: E. (auxiliar), você não anotou isso? O que aconteceu? Aí não só a E. respondia como vinha a enfermeira tirando satisfação e eu tinha que sentar várias vezes que diante da minha função, eu estava me sentindo muito mal com elas, porque minha obrigação, de certa forma, é chamar a atenção de algumas coisas, eu vejo minha função como educativa e de orientação e eles viam com outros olhos(...) então cheguei a conclusão de que o problema era eu, estava misturando as estações(...) estava sendo supervisora e eu sou diretora, meu canal é outro, então dou uma passadinha, olho e vejo como é que estão as coisas e falo que qualquer problema vocês me chamem. Com isso começou a melhorar...” (Dir.Serv.Obst.)

Existe uma tendência de negar o indivíduo enquanto pessoa singular com necessidades próprias, especialmente na relação com o paciente, uma idéia de que todos são iguais, um tipo de despersonalização e eliminação das diferenças

individuais, tanto na enfermeira como no paciente(MENZIES,1970:14). Acreditamos que isso se propaga para a equipe. A maneira como a equipe é tratada é amplamente determinada pela sua pertinência a uma categoria - funcionários - e minimamente pelos seus desejos e necessidades.

Além disso, enquanto supervisora ou diretora estabelecem uma simbiose de poder com a chefia médica, como vimos anteriormente, caracterizando uma relação pessoal. O não envolvimento emocional da supervisora com a equipe, caracterizada por uma relação impessoal, possibilita a ela exercer a disciplina e ao mesmo tempo camuflar a relação pessoal que tem com a chefia. Para o funcionário a chefia de enfermagem tem com meta o próprio serviço, ou seja, supri-lo de recursos humanos suficientes para manter a “qualidade” do atendimento, como vimos pelo depoimento da auxiliar.

Dessa forma, o funcionário torna-se uma espécie de aglomerado de técnicas de enfermagem, sem individualidade; cada um, portanto, facilmente intercambiável por outro do mesmo nível de competência. Para MENZIES(1970:15), isso “(...)indica claramente a necessidade de decisões despersonalizadas, obrigações e privilégios são outorgados a categorias de pessoas e não a indivíduos segundo suas capacidades e necessidades pessoais”.

Existe também uma tendência de negar sentimentos perturbadores, que preconiza o tratamento impessoal, formal e educado de uns em relação aos outros. “Descompensar”, no sentido de perder o controle da situação, é severamente punido com técnicas repressivas que são culturalmente exigidas e padronizadamente utilizadas para lidar com o estresse emocional.

Observamos, no entanto, diferenças quanto à tolerância do estresse, seja ele manifestado pela equipe médica, seja pela enfermagem. Com a equipe médica ele é tolerado e até justificado como imaturidade profissional e emocional do estudante de medicina, como vimos no capítulo introdutório. Já com a equipe de enfermagem, lidar com o problema emocional de maneira gentil, compreensiva, no relacionamento entre chefia e equipe é radicalmente inconsistente com os papéis e relacionamentos tradicionais da enfermagem, os quais requerem repressão, disciplina e reprimendas à equipe.

As relações dentro da enfermagem são, então, cristalizadas - assim sempre foi e sempre será - portanto, aparecem como algo externo que deve ser objetivado para ser apreendido tal como é institucionalmente definido. Já a realidade subjetiva é aquela tal como é aprendida na consciência individual. O indivíduo é induzido a tomar parte na dialética da sociedade.

“O ponto inicial deste processo é a interiorização, a saber a apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento objetivo como dotado de sentido, isto é, como manifestação de processos subjetivos de outrem, que desta maneira torna-se subjetivamente significativo para mim.” (BERGER e LUCKMANN, 1991:174)²⁹

²⁹Esse processo de interiorização inicia-se na socialização primária e continua na socialização secundária. Esta se faz necessária a partir da própria divisão do trabalho e da concomitante distribuição social do conhecimento. É definida, portanto, “como a aquisição do conhecimento de funções específicas decorrentes da própria divisão do trabalho.” (Op. cit.:184)

As pessoas com quem convive a enfermagem (a própria equipe de enfermagem e a equipe médica) funcionam como significantes para confirmar sua realidade subjetiva e são particularmente importantes para a confirmação de sua própria identidade. Por exemplo, a equipe médica continuamente insiste em manter uma relação “antiquada”, no dizer da Enf.1. Isso gera uma desconfirmação da realidade subjetiva dessa enfermeira, na medida em que ela acredita que possa existir outra personagem para sua identidade.

“... só que eu não sou mais recém-formada e eu não estou no C.O. há pouco tempo, eu estou lá há 4 anos, então eu conheço muito bem o serviço e até as pessoas eu conheço bastante cada uma, defeitos e qualidades de cada um, então acho que o relacionamento tende a ser diferente. Mas acho que a enfermeira precisa ter mais confiança em si própria, ter uma boa base teórica pra poder confiar mais e a gente precisa ser menos passivas com os médicos, ser... ser mais firmes com eles, tem que tentar impor mais. Não é fácil, não é de uma hora para outra, mas a gente tem que impor o que é mais da enfermagem e o que é do médico. Por exemplo, porque ele não gosta de um fio tal e ele quer que a funcionária saia, largue de fazer o que tem de fazer, não importa se é importante e vai no outro setor buscar. Até alguns tempos atrás ainda ia, agora parece que estão aprendendo a ser mais rebeldes em relação a eles, mas uns tempos atrás havia uma relação de patrão mesmo, médico e atendente, até médico e enfermeiro mesmo, patrão-empregado, até senhor e servo... eles todo-poderosos e nós servos.”(Enf. 1)

No entanto, os depoimentos das auxiliares e atendentes mostram que a submissão e a obediência às ordens médicas são aceitas como naturais e, portanto, legítimas. A preferência em não criar problemas reside no fato de que só é possível ao indivíduo manter sua auto-identificação como pessoa de importância em um meio que confirme sua identidade, o que BERGER e LUCKMANN(1991:205) denominam de plausibilidade. A identidade da atendente só pode ser mantida se conserva uma relação significativa com a comunidade médica, relação que perpassa uma cumplicidade e convivência com ela. Achemos interessante destacar a fala de uma atendente que nos contou como era sua relação com um diretor médico, há alguns anos atrás:

*“...chegava final de semana, eu ficava e ele dizia - dona C., a senhora fica que a **senhora é os meus olhos e meus ouvidos**, fica, toma conta, eu vou para tal lugar, eu vou viajar, a senhora não esqueça de fazer relatoriozinho para mim...”(At.1)*

Já a auxiliar nos revela que a auto-afirmação da importância de seu papel reside na possibilidade de assumir uma identidade quase pedagógica com os médicos em formação.

*“...os pediatras, por exemplo, quando estão começando, os R₁, entram lá e não sabem. Então é uma vida, eu sinto verdadeiramente: **a única que sabe sou eu**, porque enfermeira a gente não tem muito, é uma ou duas cada plantão e acaba*

resolvendo as coisas mais do setor. Então, você acaba sendo escalada para o R.N. (recepção de recém-nascido), pra sala. Este detalhe de como é entrar um pediatra, um R₁, aquilo fica sob sua total responsabilidade, porque ele aprende na teoria, na prática ele não sabe...”(Aux.1)

Na relação com o médico, ela se reconhece como alguém que sabe e ao mesmo tempo, desqualifica o médico como aquele que não sabe a prática. Contudo, o saber teórico e a posição historicamente superior do médico fazem-na respeitá-lo, explicitando o seu lugar.

“Quando entra um médico novo, você percebe, agora eu com mais experiência, percebo que ele está inseguro, então você tem que ficar de olho dar uns toques, saber falar com as pessoas, ter jeitinho para falar...”(Aux.2)

Como é esse jeitinho para falar?

“Esse jeito pra falar é... você não sair do seu... como eu vou dizer? Eu sou auxiliar de enfermagem, não sou docente, não sou enfermeira. Então, dou uns toques daquilo que sei, que tenho certeza e com jeitinho, pra não mandar, não ser arrogante, porque não é da minha alçada.”(Aux.2)

No entanto, essa preocupação em não ser arrogante não acontece na relação com a enfermeira, especialmente a nova de casa. Em nome do

endeusamento da prática e do ritmo intenso do trabalho, a auxiliar recusa mudanças no seu modo de ser enquanto trabalhadora antiga de casa.

“a gente usa a técnica, mas tem que ter 80% de prática mesmo, porque se é urgência você tem que ser rápido...”(Aux.2).

O modo como faz determinada técnica não está em jogo, mas a rapidez com que a faz. Portanto, esse modo de ser foi legitimamente instituído pelo grupo, em consequência não há motivos para haver relações de mando.

“não se respeita esse negócio de hierarquia(...) enfermeiro que manda no auxiliar no C.O. está perdido... a gente sabe ‘de cor e salteado’ o papel do enfermeiro... você aprende na faculdade como lidar com eles(funcionários) só que no C.O. funciona completamente diferente, tem que saber o jeito da pessoa...”(Aux.2).

Os anos de trabalho na instituição hospitalar possibilitaram a ela adquirir segurança técnica e política.

“...muitas vezes tem conflito entre o enfermeiro e o auxiliar, você fala ‘cara a cara’ já perdeu aquele negócio de vamos fazer uma reunião pra resolver certo problema..(Aux.2).

No entanto, quando essa segurança é ameaçada por uma autoridade, seja ela legitimada pela posição(médico) ou por antigüidade(colegas de trabalho

antigas de casa) reconhece que é preciso reestabelecer a hierarquia. Nesse jogo de re(des)conhecimentos, a hierarquia se desfaz até o momento em que surge o “pepino”.

“... você toma as decisões por si, não vai consultar o enfermeiro, porque até você consultar o enfermeiro, você perde tempo. Então, você já resolve, quando você já resolveu, o enfermeiro já conhece o seu funcionário, ele sabe as “manhas”, sabe até aonde vai. Você tem que passar isso pra ele também, prá você agir com segurança, qualquer coisa que você nota que não está dando conta ou vem algum pepino em cima de você, você participa pro enfermeiro: - olha eu fiz até aqui. São coisas que a gente não tem muito tempo disponível para ficar em detalhes, isso é uma das coisas que eu gosto no C.O., por isso não quero sair de lá, porque eu sofri muito pra aprender e agora me sinto como umas das que sabem mesmo, do grupo. Me orgulho por isso, me sinto satisfeita”.(Aux.2)

Dessa forma, podemos perceber que a realidade se objetiva subjetivando-se no seu modo de ser e o trabalho passa a representar uma dupla estabilidade: a do trabalho concreto revertido em retorno financeiro e a do vínculo de pertencimento ao grupo, ao grupo “das que sabem”.

A enfermeira nova de casa é, então, desqualificada como a que não sabe. A preocupação em ajudar o residente em formação não se manifesta em relação à enfermeira “novata”; essa preocupação se converte em resistência carregada de

uma boa “dose” de arrogância. Isso porque a enfermeira é vista como uma intrusa que invade um sistema ou norma de trabalho legitimado pelo grupo. Nessa invasão, entra em choque com o grupo, na tentativa de fazer valer as relações hierárquicas legalmente estabelecidas. No jogo do poder/saber o funcionário pode se ancorar no discurso médico para não obedecer às ordens impostas pela enfermeira. O longo trecho a seguir retrata claramente as situações de conflito na relação da enfermeira nova de casa com a funcionária antiga de casa.

“... eu recebi ordens do anestesista que não era pra colocar a paciente no pré-parto, após a cirurgia, sem ele dar alta. Ele tinha que ver a paciente pra dar alta, ele falou que se eu colocasse a paciente lá, a coisa ia ficar muito séria, que ele ia fazer uma advertência e ia dar um jeito de passar por todas as burocracias prá chegar até o funcionário que fez isso. Tudo bem, isso foi logo no início. Quer ver onde a enfermeira dançou? Ele falou na correria, não passamos isso pra ela porque era nova, não foi má intenção. Um dia essa enfermeira que era nova chegou e falou assim prá min: - vamos passar a paciente pra fora, que a paciente vai descer e o anestesista não está aqui pra dar alta. Eu virei pra ela na cara dura e falei: - eu não vou passar a paciente pra fora até o anestesista vir, avaliar e dar alta por escrito. Daí ela falou com a residente, verbalmente e a residente falou que podia passar a paciente, verbalmente. Só que quem estava responsável pela R.P.A.

era eu e o pepino vem depois. Ela falou pra mim passar que ela assumia, só que eu não acredito e falei: - eu não vou passar a paciente pra fora enquanto a residente não chegar aqui e der alta pessoalmente, eu não vou passar, tá. Ela falou: - mas eu sou enfermeira do setor, eu mando, eu sou responsável(num tom autoritário).Eu falei pra ela ironicamente: - Ah, você é a enfermeira do setor? Eu não sabia, estou sabendo agora. Por que eu fui irônica com ela? Porque eu fui ameaçada antes, o anestesista falou que ia dar advertência pra mim, então sobrou pra ela. Ela chorou, reclamou, falou com a outra, e eu falei:- vamos conversar, nós duas, porque eu gosto de diálogo, quando eu ofendo alguém, eu acho que tem que parar pra conversar e não tem que levar pra terceiros. Ela não aceitou:- eu vou pedir uma reunião. Eu falei: - tudo bem, você pode pedir reunião, o que quiser, só que a paciente que está sob os meus cuidados, só vai ser passada pra fora depois que o anestesista colocar a roupa, entrar aqui dentro, avaliar e dar alta por escrito. Ela falou com a supervisora, com a docente e ninguém me apoiou, eu fui a errada, mas ninguém lembrou que eu fui ameaçada, eu ia levar uma advertência e eu dependo do meu emprego e não quero levar advertência, porque eu só tenho coisas boas na minha pasta, então eu virei uma leoa e ficou o dito pelo não dito. Hoje ela me trata superbem e com o passar do tempo ela percebeu o esquema. Se eu falo uma coisa, não tem tempo pra discussão, não tem que mudar o esquema, ela queria mudar o esquema, então é uma coisa desgastante.”(Aux.2)

Outro ponto interessante do seu depoimento é o ocultamento de informações - *“não passamos isso pra ela, porque ela era nova”*- que posteriormente será usado na construção do contrapoder - a resistência - ao exercício do poder disciplinar.

O significado que um indivíduo atribui ao trabalho está relacionado ao status que o mesmo ocupa em determinado contexto (KANAANE, 1995). Nesse sentido, a aproximação com o médico possibilita adquirir subjetivamente um status e tornar o ambiente de trabalho agradável, motivador e até compensador “das coisas ruins”.

4. Estigma e política de identidade

Falamos, no início deste capítulo, do processo de socialização da enfermagem e, posteriormente, do espaço social do trabalho permeado pelas relações hierárquicas de trabalho / poder na construção da identidade coletiva da enfermagem. Agora, retomaremos as discussões sobre o estigma, iniciadas no item dois deste capítulo, mas com o intuito de entender como foram construídos os estereótipos e preconceitos acerca do trabalho da enfermagem no hospital onde desenvolvemos a pesquisa.

Discutimos, também que ainda persiste uma visão idealizada da profissão e a identidade de papéis concretiza, dá corpo a essa ideologia. Uma das pistas para entender como se dá a interiorização dessa visão idealizada da profissão é o entendimento de alguns traços que a definem. Um deles é a “síndrome do anjo” descrita por ARAÚJO(1994) e LOYOLA(1984) que resulta na ênfase no perfeccionismo desenvolvido desde sua formação, concretizando sua identidade de super-heroína. A visão idealizada da profissão permeada pelo discurso vocacional/ religioso concretiza sua identidade de anjo da bondade, paciência e submissão.

Falamos, então, de política de identidade porque prevê previamente comportamentos, atitudes e posturas. Muitos dos problemas de identidade, ou ainda, a sensação de não sabermos quem somos nós, enfermeiras; não se tornam conscientes por uma série de mecanismos de mediação, especialmente na relação da enfermagem com a instituição, ou com quem a representa (chefias médicas e de enfermagem), o que tentamos explorar, ainda que incipientemente, no capítulo anterior.

“Sobre a imagem como elemento de comunicação, BARRACO, HELOANI e NASCIMENTO, citados por SATOW(1994:11), lembram que as pessoas já têm preestabelecida a imagem do objeto com que vão se deparar. Se a imagem não condiz com esta predeterminação, tentarão encaixá-la no significado mais aproximado que tem do objeto, sem reflexão de qualquer natureza, mesmo que o objeto em si apresente significado falso”

Acreditamos que a enfermagem, em especial a enfermeira, sofre desse processo de significação pela imagem desse “anjo branco” que faz de si própria e que, de certa forma, é o que se apresenta à sociedade. Muito mais do que rótulos estigmatizantes como “chien de garde” ou ameaçadora do poder/saber médico, pensamos que o processo de comunicação descrito acima é mais significativo para a visão preconceituosa que a enfermeira tem de si mesma, o que perpetua o seu comportamento submisso e conformista..

Dessa forma, quando a enfermeira mostra que aceita esse “véu” de submissão, acatando as ordens, sem discuti-las, ao mesmo tempo em que corresponde ao ideal da profissão, dedicando-se de corpo e alma (“burrinho de presépio” no dizer da enfermeira 3), ela é considerada boa profissional, aproximando-se da identidade de super-mulher, que abdica de sua família e de si própria em prol da instituição. Do contrário, quando ele começa a questionar por que deve fazer isto, quando começa a buscar os seus direitos enquanto

trabalhador como outro qualquer, passa a representar uma ameaça, não só ao corpo médico como também à própria instituição.

Identificamos, então, uma discrepância entre identidade social virtual e identidade social real que acaba estigmatizando-a de irresponsável e descompromissada por não corresponder a essa imagem preestabelecida. Vejamos este longo trecho do depoimento de uma residente, ao nos falar da enfermagem, especialmente num momento crítico, quando o número de atendimentos excede o número de funcionários.

“Olha, a gente trabalha num sistema assim: residente não tem direito à falta, residente não pode faltar, em raríssimas exceções o residente falta. No meu trabalho, eu já trabalhei com soro pendurado no braço, a gente tem que vir mesmo. E o pessoal da enfermagem tem direito à falta como qualquer outro funcionário e o que acontece é que nessas situações a gente se vira, se tiver vinte partos e um residente, o residente se mata para fazer quantos for preciso. Agora o pessoal da enfermagem a gente vê que tem uma atitude assim; isso não tanto das enfermeiras, já acho que é mais das auxiliares e das atendedoras assim: eu sou funcionária, independente se o meu trabalho corre o risco de vida ou não, eu tenho capacidade para fazer isso e eu vou fazer isso e o resto fica em volta. A gente está se matando e é nessas horas que acontece os atritos. Eu já tive atritos com várias pessoas porque a gente se mata querendo fazer tudo ao mesmo tempo e a gente nota que tem certas pessoas: ‘- Eu sou uma só, faltou funcionário’..... Mas tem certas

horas que não dá, a gente está com a responsabilidade na mão da paciente que está sangrando. O circulante de sala não tem responsabilidade nenhuma, não é dela se o paciente morrer, se a paciente sangrar, não é responsabilidade dela.... A gente percebe quantas senhoras bem velhinhas trabalhando que não agüenta correr, teria que ter mais gente, não botar elas para correr, mas na hora do vamos ver a gente bota para correr quem estiver por perto, que a gente corre e acha que todo mundo tem que correr porque a gente está com uma responsabilidade grande”. (S.R₂)

Podemos perceber que ela fez uma distinção clara entre as enfermeiras e os demais componentes da equipe de enfermagem. Não podemos descartar a hipótese de que ela estava falando a uma enfermeira (no caso, eu a entrevistei), mas o que queremos destacar é que se criou o que GOFFMAN(1982) chamou de símbolo de estigma, ou seja, signos que são especialmente efetivos para despertar a atenção sobre uma discrepância de identidade. Espera-se que ela “corra” como todo mundo corre num momento de emergência, se ela não corresponde negando sua identidade super, a tendência é fazer uma generalização de que todos são irresponsáveis.

Além disso, está implícito também um discurso de cooperação que teve como consequência a construção de uma visão do funcionário: irresponsável, indisciplinado, indolente e voltado para os seus próprios interesses, elaborando enunciados com base na desqualificação do trabalho da enfermagem. A fim de

reverter esse quadro, o trabalhador precisa ser adestrado, operacionalizado em “máquinas sociais”(HELOANI:1991a).

A discrepância entre identidade virtual e real, quando conhecida e manifesta, estraga a identidade social na medida em que fica patente que as relações sociais nesse local tendem a ser problemáticas . Vejamos como a diretora relata:

“Acho que é um grupo desmerecidamente mal falado, falam demais dele. Então quando o residente vai para lá, um outro já diz que aquele pessoal da enfermagem é terrível, um pessoal que dorme, que é isso, é aquilo e o residente já entra com um ‘pé atrás’, planejando que terá de colocar todos para trabalhar, porque falaram que esse pessoal não trabalha ... o pessoal já vem prevenido, até contra pessoas...”(Dir.Serv. Obst.)

A nosso ver, a enfermagem adquiriu um estigma de ocupação por fazer parte de um local de trabalho também estigmatizado como o “patinho feio da Obstetrícia”. Nesse sentido, trabalhar nesse local forma uma imagem do indivíduo que carrega uma informação social. Essa informação tem símbolos de estigma que tendem a reduzir a valorização do indivíduo.

O médico, historicamente foi considerado superior e tomou para si a postura de “dirigente”, portanto espera que a enfermagem esteja sempre à sua disposição para servi-lo. Isso envolve previsões socialmente padronizadas (a enfermagem serve, o médico ordena) e os conflitos são resultantes da

manutenção desse modelo de comportamento, ou não. Essa situação tende a se desequilibrar quando a enfermeira é mais velha em experiências e práticas de atendimento e passa a “saber” mais que o médico em formação. No entanto, novamente é rotulada porque não corresponde ao modelo preconizado. E isso incomoda, como veremos no depoimento desta residente:

*“Eu acho que o trabalho de enfermagem é muito pouco valorizado, inclusive todas as profissões que trabalham com os médicos são pouco valorizadas por eles, **médico sempre acha que é mais importante**, mas é um trabalho tão importante quanto, mas é muito difícil, e muito mais direto com o paciente, lógico que a enfermagem e o setor clínico “os médicos” sempre têm atritos. A enfermagem deveria ser mais valorizada e mais bem tratada, tem um papel importante, mas acho que tem algumas coisas que não funcionam bem, aqui é um lugar de treinamento, então muitas vezes **a enfermeira se coloca como a enfermeira mais velha, mais experiente que o residente, ou mesmo que o aluno e se coloca na frente e o médico acha que ela deve servi-lo também esse negócio de eu sou o médico você é a enfermeira** cria bastante conflito e na maioria das vezes as enfermeiras estão certas, e também às vezes não estão. É difícil trabalhar, em geral o docente, que é o médico que trabalha já há mais tempo, geralmente não tem um contato direto com a equipe de enfermagem, fica o enfermeiro que trabalha há muito tempo e o médico novo, então a que já trabalha há mais*

tempo tem mais experiência, muito mais caminhada para reconhecer algumas situações, algumas coisas, e o médico novo se acha o máximo, algumas vezes é difícil o médico, na nossa formação aceitar o que a enfermeira tem para mostrar. E o contrário às vezes acontece, a enfermeira opinar e na verdade você sabe o que está fazendo, faltam essas duas coisas, mas é uma situação que gera atrito, essa diferença de experiência e a formação do médico de ser o bom”. (R.R.)

Para construir uma identidade formal de um indivíduo utilizamos aspectos de sua identidade social. Se ela se apresenta rotulada - enfermeira que se coloca na frente do médico - o fato de conhecê-la pessoalmente pode ou não alterar o significado das características sociais que lhe são imputadas.

O residente pode, então, evitar o contato com a enfermeira como um meio de ajustamento, cada um deles pode sentir que não é bem aceito pelo outro e que sua conduta está sendo cuidadosamente observada, inclusive para mantê-la dentro dos “conformes” da hierarquia hospitalar. A tentativa de disciplinarização do trabalho médico é vista como uma insubmissão ou afronto da equipe de enfermagem. Em contrapartida, o médico, especialmente o diretor, passa a exercer um papel disciplinarizador sobre o trabalho da enfermagem, alegando que ela não oferece as condições necessárias ao exercício de sua profissão. Um residente ao nos falar sobre a enfermagem, contou que as relações eram difíceis.

“Eu acho que é a questão de contestar conduta, de vigiar, de assumir uma posição que não lhe cabe. É difícil assim explicar

muito porque se você exemplifica muito acaba trazendo acontecimentos passados que muito provavelmente não encaixam mais na atualidade e isso é uma questão de bagagem e experiência que você adquire em dois anos de lidar com as pessoas. O estresse é uma coisa básica que é aumentado no pessoal, então é até menos paciência ao lidar com quem está aprendendo no hospital escola e segundo é a questão básica da ingerência, de condutas e nessa estrutura é que **elas ficam se colocando acima da gente porque muitas vezes discutem algo que deveria passar para a gente, diretamente com o docente**, coisa que na Ginecologia é menor porque elas têm total confiança na gente e discute com a gente que por sua vez vamos levar alguma dúvida para o nosso docente, nosso superior. Então eu acho que para ter um bom exemplo esse é o melhor. As diferenças que existem entre o relacionamento entre o pessoal da obstetrícia com o relacionamento do restante do pessoal do hospital. O pessoal da obstetrícia muitas vezes eles não questionam isso com o médico da paciente e muitas vezes levam diretamente aos docentes que discutem diretamente com elas. Isso é ruim para o aprendizado do residente, isso é ruim para o relacionamento **porque está havendo uma quebra da hierarquia aí dentro**, não é porque ela é supervisora que é superior aos residentes de forma alguma e também não quer dizer que o residente seja superior a ela, a gente só pode colocar estas coisas em níveis de mesma função, de mesma profissão, que a profissão dela é uma e a nossa é outra e deve seguir corretamente. Então, mesmo que o cara

acabou de se formar, as decisões têm que passar por ele, tudo bem que como ele acabou de se formar e não tem bagagem, então quem vai acabar decidindo vai ser o docente.”(F.R₃)

Aparentemente, o estigma pode parecer uma realidade objetiva, como que imposta às pessoas . No entanto, é internalizado, “colado” na identidade coletiva desse grupo. Isso leva grupos estigmatizados, como a enfermagem, a interiorizarem os preconceitos, formando uma baixa auto-estima e auto-imagem negativa.

“ Uma das características de grupos oprimidos é a internalização dos valores do opressor. O oprimido tenta ser como o opressor e ao falhar resulta em sentimentos de baixa auto-estima e auto-depreciação concorrendo, conseqüentemente, para a síndrome de agressão submissiva. De forma a rejeitar sua própria inferioridade, o oprimido rejeita sua própria cultura, tornando-se marginalizado. Isto faz com que acabe não pertencendo a nenhum grupo, dominante ou dominado”.(ROBERTS, HEDIN e DONOVAN citados por WALDOW,1996:124)

Tanto que é comum ouvirmos frases do tipo - “a enfermagem é desunida”, evidenciando uma ausência de unidade entre os seus pares. Segundo WALDOW(1996) é comum entre as enfermeiras haver falta de apoio, críticas negativas, julgamentos e acusações de colegas bem como a criação de obstáculos

impedindo tanto o desenvolvimento profissional quanto a possibilidade de obter sucesso e benefícios para toda a categoria - “comendo umas as outras” - como nos diz WALDOW(1996). Esse é um outro aspecto de grupos oprimidos que, sendo incapazes de se rebelarem ou obterem reconhecimentos, voltam-se contra os seus próprios pares, resultando na chamada violência horizontal.

Em nossas entrevistas, especialmente com as auxiliares e atendentes, aparecem referências às pré-concepções do funcionário “novo” no setor, às situações de inveja pelo fato de o colega passar para outra categoria (atendente que passa para auxiliar) e àquelas que envolvem boicotes, intrigas e fofocas.

Acentua esse quadro a competição entre as categorias, no sentido de disputa por uma parcela de poder. Como o âmbito do poder é restrito, a disputa assume um caráter selvagem e mesquinho. Além disso, os nomes diferentes de cada categoria reforçam a diferença, que não é apenas uma questão semântica, mas indica uma discriminação visível na enfermagem.

“...Quando ela é nova no setor, mas já trabalha no hospital, então a fama vem sempre na frente, às vezes para estragar a chegada da pessoa, seja lá quem for, o atendente, o auxiliar, o enfermeiro, se ela vem de outro setor, a fama vem na frente, fica todo mundo falando...”(Aux.1)

À pergunta “Você fez o curso de auxiliar?” uma atendente respondeu:

“Tem bastante gente fazendo e tem umas colegas que vão fazer agora porque eu acho que a aceitação vai ser boa, mas eu acho que para algumas, por mais que você esteja trabalhando há muitos anos

*juntos, acho que não. Como profissional, você está dentro do setor, não muda, mudou que eu fiz um curso, que eu aprendi coisas com esse curso, eu estudei coisas como um supletivo, mas em tudo aquilo que eu li, eu li o que eu nunca vi, eu trabalhei num hospital de mulher e continuo num hospital de mulher. Se um dia eu cair na seção masculina é como se fosse um patinho fora d'água, **tem colegas que não se propõe a fazer e também não admite que você dê um passo para frente.** Apesar que muitas pessoas que fazem um curso de auxiliar já chega se achando maior que as colegas que estão ali no dia-a-dia.”(At.4)*

“em um lugar fechado, uma fofoca, acho que é bem ruim. Você conta pra “beltrana” que conta pra “fulana” e todo mundo fica falando... A fofoca é de todo mundo, coisas pessoais, coisas que acontecem lá dentro, o povo não guarda muito segredo, não tem sigilo profissional”.(Aux.4)

“O estigma envolve não tanto um conjunto de indivíduos concretos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais

durante os contatos vistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuam sobre o encontro”. (GOFFMAN, 1982: 148)

Nesse sentido, o funcionário “novo de casa” pode experimentar a sensação inquietante de uma estigmatização, por não corresponder às expectativas de seus colegas e superiores. Além disso, o endeusamento da prática visa muito mais à exclusão dos que não sabem.

“Quanto aos colegas, eles não querem saber se você sabe ou não, eles exigem que você faça a tua parte. Você é até meio castigado por isso, eles gritam, fazem cara feia ou abusam de você.”(Aux.2)

FONSECA (1996:72) coloca que:

“O hospital mostra-se como um autêntico campo de forças, movido por jogos concorrenciais, em que seus agentes sociais - enfermeiras/médicos/doentes - parecem comportar-se, antes de tudo, como “deveriam” fazê-lo, ou seja, de acordo com as profecias de seu próprio destino, enquanto sujeitos sociais(...) a conflitualidade permeia o seu cotidiano, expressando-se nas diferentes práticas de seus agentes institucionais, bem como nas diferenciações dos sistemas de privilégios e hierarquias instituídos em seu interior e distintamente aplicados a cada agente, desde sua origem de classe, de gênero e de raça.”

Nesse sentido, as diferenciações são justificadas para manter a identidade coletiva daquele grupo bem como preservar a própria imagem da equipe médica de rótulos semelhantes. Isso porque a equipe médica se fecha num grupo de “iguais” para formar o código de conduta que os profissionais defendem em seu nome. Em nome desse “código de defesa” os erros médicos são justificados e acobertados implicitamente por uma espécie de cooperação tácita no encobrimento da falha.

“Eu acho que a nossa equipe médica, há uma rivalidade muito grande entre médicos e enfermeiros; eu acho que há porque você vê assim, é muita cobrança deles, se eles erram você não pode cobrar, se você cobra é porque precisa e eles argumentam de alguma forma que eles estavam certos. Agora se a equipe de enfermagem demorou dois minutos num exame ou demorou segundos para aquela perneira estar pronta é um absurdo, aí vai precisar ir todo mundo para a reciclagem, falam : “-Burro não serve para trabalhar no hospital”. Só que eu acho que demorar um segundo para você localizar uma perneira na posição certa e as barbaridades que eles fazem, acho que tem uma diferença muito grande. A nossa chefia aceita um relatório médico criticando, só que, quando o relatório é feito pela enfermeira, esse relatório eu acho que evapora no ar, porque a enfermeira que trabalha com a gente já cansou de fazer comunicados pelas coisas que aconteciam

*ali dentro e nunca foi chamada para explicar aquele fato. Por quê? Não sei se quando passou da nossa chefia imediata para chefia geral ele sumiu. Por que existe uma comissão de processo, no caso dessa enfermeira, ela respondeu processo por mais de dois anos, por uma coisa que era apta a fazer, ela estudou para fazer, ela fez um curso para fazer, ela fez um curso para aquilo, como um médico achou que ela não era capacitada, foi para o D.G.R.H. ela respondeu um processo e um monte de coisa. Porque o da enfermagem chega e dos médicos não, então, **acho que tem uma cumplicidade muito grande entre nossa chefia e a comissão médica.**”(At.4)*

Se o erro médico merece privacidade possibilitando um controle estratégico sobre a imagem que o médico tem sobre si mesmo e aquela que os outros recolhem dele, o erro da enfermagem padece de publicidade. Dessa forma, o erro é visto como algo a ser sumariamente proscrito, mas é visível e punível. Então, identificar o erro, expô-lo ao público é uma forma de impedir que ocorra novamente. Parece-nos que não é tão importante o erro em si, mas a representação dele, no sentido de delimitar e, portanto, confirmar a competência ou incompetência de quem o cometeu.

Além disso, o próprio hospital funciona como repressor de toda uma micro penalidade da maneira de ser. Os erros técnicos, a grosseria, o desacato ao médico enquanto autoridade legitimada pelo corpo do hospital são punidos, ao mesmo tempo em que se efetua toda uma série de processos sutis, que vão desde

as advertências escritas até as humilhações, como quando o indivíduo é advertido publicamente. Tornar a punição pública não visa à expiação, nem mesmo exatamente à repressão. Põe em funcionamento uma arte de diferenciar os indivíduos, ao mesmo tempo em que hierarquiza a própria punição. Ao médico a advertência escrita, à enfermagem a humilhação pública. (FOUCAULT, 1986:159 e 162).

A dominação dos corpos pela sanção normalizadora implica, necessariamente, discutir a dominação pelo exame, pois é nele que se “combinam as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza(...) Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados”(FOUCAULT, 1986:164). O exame, entendido como avaliação, está no centro dos processos disciplinares. “O poder disciplinar, se exerce tornando-se invisível: em compensação impõe aos que submete um princípio de visibilidade obrigatória...”(FOUCAULT, 1986:167)

Através da avaliação, a sujeição dos corpos é assegurada pela possibilidade de sempre serem vistos e tudo que se vê é usado para diferenciar e sancionar aqueles que se desviam da regra. Desse modo, o hospital torna-se uma espécie de aparelho de exame ininterrupto de uns em relação aos outros: a enfermeira em relação à equipe, a equipe em relação à enfermeira, a equipe em relação à chefia, a equipe em relação ao paciente e assim por diante.

Mas é no momento da avaliação propriamente dita que se assegura que são os funcionários que são avaliados. Essa visibilidade assegura a garra do poder que se exerce sobre eles. É nesse momento que o caráter da avaliação se associa com a sanção normalizadora que pune.

Tanto que o momento da avaliação é relatado por todos os entrevistados como um processo de humilhação pela exposição de aspectos de sua vida de que se envergonha e que considera privados. Nesse sentido, o mais privado e embaraçoso torna-se o mais coletivo, porque os sentimentos mais profundos do indivíduo são abertos ao “público”. Parece-nos que no cotidiano de trabalho são cobrados aspectos objetivos no sentido de produção - fazer ou não - e aspectos subjetivos na avaliação - porque não fez - como comportamentos, atitudes e posturas. A nosso ver, se a avaliação usasse critérios objetivos, eles poderiam ser usados como arma pelos subordinados contra a própria subordinação. Nesse sentido, a avaliação visa muito mais ao controle disciplinar do que ao controle de qualidade do atendimento, modelo típico da rotinização da organização do trabalho da enfermagem. Vejamos o depoimento de uma auxiliar e de uma enfermeira:

“Eu encaro a avaliação como uma coisa “rente com o chão”, porque quando você senta com a chefia, a coisa já está pronta, ela vai discutir com a pessoa uma coisa que já foi avaliado entre ela e aquele grupo, a pessoa não está sabendo, vai ser a réu. Você não pode auto-avaliar, no meu caso eu sempre me coloco lá embaixo, se elas falam que eu devo ficar aqui em cima, então tudo bem, mas me leve para cima, mas não eu não me levo, não que eu não dê valor para mim mesma, mas para que eu seja mais humilhada ainda. É preferível elas te levarem para cima, do que você descer, quando você se avalia lá em cima. É uma coisa muito chão, muito baixo,

muito baixo mesmo. Você deve saber aonde está as suas falhas, mas não precisa levar um ano para pessoa cobrar você daquilo que você está fazendo, você está com ela quase todo dia.”(Aux.1)

“... o funcionário acha que está executando certinho, que está fazendo as funções dele direitinho, que é pra circular a sala, ele vai e circula, que é pra lavar material, ele vai e lava tudo. Ele acha que está tudo bem, só que chega na avaliação a enfermeira acha que o serviço não está sendo feito de acordo, que ele não tem iniciativa e ele acha que tem, que demonstrou isso no serviço dele e no decorrer do ano.”(Enf.4)

“ Trata-se ao mesmo tempo de tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta, e de dar uma função punitiva aos elementos aparentemente indiferentes ao aparelho disciplinar levando ao extremo, que tudo possa servir para punir a mínima coisa; que cada indivíduo se encontre preso numa universalidade punível-punidora.”(FOUCAULT, 1986:159)

O exame possibilita situar os indivíduos num campo de vigilância ao mesmo tempo em que os coloca numa rede de informações, relatórios, arquivos, “dossiês”, comprometendo-os em toda uma quantidade de documentos que os captam e os fixam. Constrõe-se, então, a escrita disciplinar. “A principal função

da escrita disciplinar será permitir ao capital catalogar o contrapoder - a resistência - aos mecanismos disciplinares do capital”(HELOANI, 1991a:104).

Identificamos na fala de uma enfermeira a utilização da escrita como uma forma de controle disciplinar:

“... até falei com a chefia que foi uma forma de sacanagem comigo, fizeram a avaliação, que eu não participei e depois me deram o papel dos três piores funcionários... aí sim eu quase apanhei dentro do C.O... agora eu tenho uma agenda e eu anoto tudo o que aconteceu, hora, dia que aconteceu...”(Enf.2)

III. Processo de formação da identidade de Laís(enf.1) e Letícia (enf.3): duas enfermeiras

1. Introdução

Quando nos propusemos a estudar a identidade de duas enfermeiras, entendemos que este papel - enfermeira - não é a identidade, mas uma representação dela, assim como nosso nome, nossos graus de parentesco, etc. “Um nome nos identifica e nós com ele nos identificamos”(CIAMPA, 1994:131). Dessa forma, o nosso papel nos identifica como enfermeiras. Laís e Letícia têm o mesmo papel, mas podemos falar de duas personagens distintas, com histórias de vida também distintas. Por exemplo, Laís é solteira, tem 29 anos, fez o curso de graduação em uma escola religiosa, enquanto Letícia tem 33 anos, é casada, tem duas filhas e fez o curso de graduação em um escola de enfermagem em Goiânia. “Um papel, de fato, pelo menos em termos de identidade, designa um personagem”(CIAMPA, 1994:134).

Ainda é necessário esclarecer duas categorias importantes para o estudo da identidade - consciência e atividade. Quando recém-formadas, ou talvez por muito tempo, a sensação de nos chamarmos enfermeiras pode parecer estranha a nós mesmas porque, de certa forma, não sabemos o que é ser enfermeira, “interiorizamos aquilo que os outros nos atribuem de tal forma que se torna algo nosso” (CIAMPA, 1994:131). À medida que adquirimos consciência do que é ser enfermeira, independentemente do que os outros nos dizem, começamos a nos chamar realmente de enfermeiras.

“Quando ainda não nos vemos como objeto para nós mesmos - quando a nossa consciência ainda não se desenvolveu - o nosso nome (ou qualquer predicação) permanece como algo exterior; começamos a adquirir consciência de nós mesmos e começamos a nos chamar; podemos falar conosco, podemos refletir”(CIAMPA, 1994: 133).

Como conhecer a identidade de Laís e Letícia enquanto enfermeiras? Entendendo primeiramente que ambas, ao falarem de si mesmas, falam através de sua ação de serem enfermeiras, cada uma com suas singularidades, mas expressando no conjunto os movimentos da identidade. Estes movimentos nos levam a ver a identidade como um processo; elas não nasceram enfermeiras nem são enfermeiras porque têm o diploma na mão, elas se fizeram enfermeiras, passaram por um processo anterior de aprendizado de vida: tornaram-se enfermeiras, só depois puderam dizer a si mesmas: somos enfermeiras.

“ Nossa linguagem cotidiana tem dificuldade de falar do ser como atividade - como acontecer, como suceder. Acabamos por usar substantivos que criam a ilusão de uma substância de que o indivíduo seria dotado, substância que se expressaria através dele” (CIAMPA, 1994:133).

Aí está a essência do trabalho de CIAMPA, a identidade não pode ser definida por um ou outro traço ou característica e estes dados se expressariam

através do indivíduo. “Num primeiro momento somos levados a ver a identidade como um traço estatístico que define o ser. O indivíduo aparece isolado, sua identidade como algo imediato, imutável” (CIAMPA, 1994:130). Por isso, para CIAMPA, identidade é metamorfose, é vida, é processo, é um “vir-a-ser” constante e em transformação.

No entanto, antes mesmo de conhecer Laís e Leticia já formamos imagens preestabelecidas da personagem enfermeira. Podemos imaginá-la utilizando, por exemplo, recursos que a mídia nos oferece. De quantas enfermeiras nos lembramos que apareceram nas novelas? Particularmente uma marcou. Ela era extremamente gorda, usava um chapéu de enfermeira e tinha nas mãos uma injeção, expressando muito autoritarismo com o paciente, mas uma extrema lealdade com o médico. Podemos lembrar aquela imagem que a mídia pornográfica nos oferece, ligando a imagem da enfermeira à de uma mulher de “vida duvidosa”, “amante do médico”. Ou ainda podemos ligá-la à imagem de uma freira, quase uma santa, para quem fazer caridade não tem hora nem preço. Podemos formar estas e outras imagens sempre que nos lembrarmos de uma enfermeira. Como diz CIAMPA:

“ Não podemos isolar, de um lado, todo um conjunto de elementos (biológicos, psicológicos, sociais etc.) que podem caracterizar um indivíduo, identificando-o, e, de outro lado, a representação desse indivíduo, como uma duplicação mental ou simbólica, que expressaria a identidade do mesmo. Isto porque há como que uma interpenetração desses dois aspectos, de tal forma

que a individualidade dada já pressupõe um processo anterior de representação, que faz parte da constituição do indivíduo representado”. (CIAMPA, 1994:161)

Dessa forma, a identidade da enfermeira pressupõe um processo anterior de representação prévia do que socialmente se conhece por enfermeira, portanto somos objeto da representação social do que seja ser enfermeira e essa representação prévia nos constitui objetivamente como enfermeiras. Mas é preciso considerar que não basta esta representação prévia; ela se constituirá, de fato, como enfermeira na medida em que as relações com o outro confirmem essa representação. “Ninguém pode edificar sua própria identidade independente das identificações que os outros fazem dele”(HABERMAS, 1983:22).

Daí a expectativa de que alguém deve agir de acordo com as suas predicções, com seu papel ou função ou ainda cargo ocupado, reproduzindo a identidade coletiva do grupo do qual faz parte. HABERMAS (1983:25) nos esclarece que “a identidade coletiva de um grupo ou de uma sociedade pode especificar exigências de continuar igual-a-si-mesmo”, no mundo da mesmice, como nos diz CIAMPA (1994:163), “retirando da identidade o caráter de historicidade da mesma, aproximando-a mais da noção de um mito que prescreve as condutas corretas”.

Podemos, então, dizer que não basta que o indivíduo se identifique como tal, é preciso que esta identificação se confirme nas relações intersubjetivas. Por isso, quando Laís e Leticia nos contam como se tornaram enfermeiras, suas histórias não falam só pelo dizer de “si-mesmas”, falam também através do

médico, do funcionário, da chefia, do paciente, enfim, de todos que com elas convivem ou conviveram no seu cotidiano de trabalho como enfermeiras, confirmando que todos - Laís, Letícia, as outras enfermeiras, a auxiliar de enfermagem, o atendente de enfermagem, o médico, etc. - são personagens de uma mesma história, fazendo-os autores e personagens de uma história criada por todos eles.

2. Laís

Laís é formada há oito anos. Trabalhou nesta instituição por seis anos, sendo que quatro anos foi enfermeira do Centro Obstétrico. Depois foi transferida para outro setor, demitiu-se e atualmente trabalha num posto de saúde.

Os personagens da identidade-mito: enfermeira padrão

Primeiramente é preciso entender o que é identidade-mito. CIAMPA(1994) nos esclarece que identidade-mito se aproxima da idéia de não-transformação ou reprodução das identidades que nos foram atribuídas, quando as personagens são repostas num círculo vicioso sem fim, com objetivo de mantê-las como sempre foram; por isso aparecem como algo dado (e não se dando continuamente através da re-posição). “Com isso retira-se o caráter de historicidade da identidade, aproximando-a mais da noção de um mito, que prescreve as condutas corretas, re-produzindo o social” (CIAMPA, 1994:163).

Esta reposição de suas identidades pressupostas impossibilita, segundo CIAMPA (1994:146), o indivíduo de atingir a condição de “*ser-para-si*”.

“Quando descobrimos o fetichismo da personagem, falamos da dificuldade do indivíduo atingir a condição de *ser-para-si*, criando o que chamamos de *identidade-mito*, o mundo da *mesmice* e da *má infinidade* pela não superação das contradições.(...) *ser-para-si* é buscar a auto-determinação (que não é a ilusão de determinações exteriores) (...); procurar a unidade da subjetividade e da objetividade, que faz do agir uma atividade finalizada, relacionando desejo e finalidade, pela prática transformadora de si e do mundo”.

Enfermeira - superprofissional/ “responsável por tudo”

“...parece que tudo o que acontece aqui é a enfermagem que é responsável, tudo né. A enfermagem ainda tem aquela coisa de ser assistente social, ser psicóloga, de ser tudo, que nem uma mãe na verdade, e... eu acho que isso confunde um pouco a nossa atuação, a gente quer ser tanta coisa que no final das contas a gente tem dificuldade de saber o que realmente a gente é, eu acho que a gente está passando por uma crise de identidade, talvez a gente esteja na adolescência da enfermagem no Brasil”.

Laís nos conta de sua dificuldade em saber quem é pela percepção ainda confusa do espaço da enfermeira na sua prática. Entendemos por espaço aquilo que nele acontece, ou seja, significa “ter lugar”. Nesse sentido, Laís nos fala do espaço como o lugar de inserção ou de ação social do enfermeiro. ANGERAMI e ALMEIDA (1983), analisando a enfermeira no seu “espaço”, colocam que a profissão enfermagem é exercida por quatro níveis de formação (enfermeiro, técnico, auxiliar e o atendente de enfermagem) e que recebem salários diferentes, o que levaria a esperar que desempenhassem papéis diferentes. No entanto, na prática do cotidiano, isso não ocorre, mostrando que os diferentes níveis executam as mesmas funções indiscriminadamente. Verificou também que quanto mais elevada a formação dos membros de equipe de enfermagem, mais distante se colocam do paciente, dedicando-se às funções administrativas.

Os mecanismos que podem explicar essas indefinições, continuam as autoras, parecem ser mais de ordem social do que técnica, e podem ser encontrados dentro da equipe de saúde, na estrutura econômico-social do país, no sistema de saúde e na competência da enfermeira.³⁰ Interessa-nos destacar que as relações dentro da equipe de saúde, especialmente aquela entre o médico e a equipe de enfermagem, criam um “espaço conflitivo”, com situações ora delimitadoras, ora dependentes, visto que a representação social do médico como “dono” do doente impede a liberdade de ação e limita o processo de decisão, o que tem repercussões na autonomia entre eles.

SILVA citado pelas autoras (Op. cit:155) conclui que:

³⁰Para maiores esclarecimentos sobre os aspectos relativos à legislação que regulamenta as profissões de saúde ver: Spink, Mary Jane. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. **Cadernos FUNDAP**. São Paulo. Ano 5. nº 10. pp. 24-43 - Julho/1985.

“Nos níveis secundário e terciário das ações de saúde, a autonomia do enfermeiro é menor que no nível primário, visto que o “espaço conflitivo” é maior, uma vez que está absolutamente preenchido pelo saber médico, só permitindo a penetração do enfermeiro até o limite desejado por aquele”.

Isso vai de encontro com a nossa pesquisa, que também revelou, no nosso universo de investigação - o hospital de ensino, uma disputa acirrada entre médicos e enfermeiras, na tentativa de reverter esse quadro, disputas que envolvem as relações de trabalho são também relações de poder/saber. Já dentro da equipe de enfermagem, esta indefinição coloca em xeque a identidade da enfermeira, “*você não é nem enfermeira, nem auxiliar*” (Enf.1), afastando-a do paciente, ao mesmo tempo em que se desgasta em rotinas de trabalho traçadas, cumprindo ordens médicas e executando tarefas administrativas. Daí, a identidade pressuposta de ser “responsável por tudo”, ocultando o seu verdadeiro espaço na medida em que as pressões do cotidiano de trabalho tendem a interiorizar na enfermeira a responsabilidade pelo gerenciamento das necessidades de todos - aquelas decorrentes do suprimento de material e equipamentos do setor, outras decorrentes da própria equipe médica, equipe de enfermagem e pacientes.

A identidade pressuposta de “ser responsável” por tudo acompanha a enfermeira desde a sua formação. Uma das pistas para entender como se dá a interiorização da responsabilidade é o entendimento de alguns traços que a

definem. Um deles é a “síndrome do anjo” descrita por LOYOLA (1984) e ARAÚJO (1994), que resulta da ênfase no perfeccionismo desenvolvido desde sua formação, concretizando a identidade de super/heroína que tudo deve saber fazer. Interiorizamos a personagem que nos foi atribuída e nos identificamos com ela, ela nos faz aparentemente importantes para o serviço e para nós mesmas. Temos a ilusão de que quanto mais fazemos mais somos reconhecidas como enfermeiras, nem que para isso seja preciso sacrificar a nós mesmas.

Sobre o processo de socialização primária e secundária, BERGER e LUCKMANN (1991:176), colocam que:

“Até certa fase que corresponde ao período de socialização primária, a criança absorve os papéis e as atitudes dos outros significativos (família), isto é, interioriza-os tornando-os seus. Por meio desta identificação com os outros significativos a criança torna-se capaz de identificar a si mesma, de adquirir uma identidade subjetivamente coerente e plausível”.(Op.cit:176). A socialização secundária é a interiorização de “submundos” institucionais ou baseados em instituições . A extensão e o caráter destes são portanto determinados pela complexidade da divisão do trabalho e a concomitante distribuição do conhecimento”.(Op.cit:184)

Mais à frente completa que:

“O fato dos processos de socialização secundária não pressuporem um alto grau de identificação e de seu conteúdo não possuir a qualidade de inevitabilidade podem ser úteis na prática porque permitem seqüências de aprendizado racionais e emocionalmente controladas (...), em alguns casos é preciso criar técnicas especiais para produzir a identificação e a inevitabilidade julgadas necessárias”(Op.cit:192).

Vejamos como o diretor médico de serviço e uma residente nos falam da enfermeira.

*“...quem tem mais ou menos o perfil para trabalhar em um ambiente deste se coloca de um jeito ... agora a gente nota aquela pessoa um pouco mais distante daquilo, **porque a enfermeira neste momento é como uma chefe de enfermagem, tem que saber o que está acontecendo dentro e fora (pré-parto e salas de parto), às vezes a gente vê que a pessoa evita de fazer, faz de conta que aquilo não precisa...**”(Dir. Méd.)*

*“Eu nunca tive problemas com a enfermeira, **eu acho que o maior problema até foge da sala, você precisa de um sangue e ele não vem e você fala com a enfermeira, ou precisa de um exame, o exame não foi encaminhado, ela fala que encaminhou, são esses os problemas. É um trabalho muito difícil e acaba acontecendo***

coisas inesperadas que podem acabar bem ou mal, e pelo que eu entendo, elas tem a função de avaliar as coisas que estão erradas, punir, advertir as pessoas, e isso é muito difícil, muito complicado, e aqui não dá, tanto o Centro Cirúrgico como o Centro Obstétrico não dá o tempo todo, tudo sob controle, uma coisa ou outra acaba dando errado. Elas têm que fazer as escalas, os plantões, todo mundo briga com ela...”(R.R₂)

Podemos perceber por esses trechos do depoimento da equipe médica que a identidade pressuposta de “ser responsável por tudo” é quotidianamente reforçada na relação com a equipe médica, que exige da enfermeira o controle de situações que, muitas vezes, estão fora do seu alcance, como se ela pudesse resolver todos os problemas.

Laís nos conta que passou por alguns momentos em que estava muito agressiva, principalmente com os funcionários de outros setores do hospital, sentindo-se esgotada física e psiquicamente na tentativa de reproduzir a identidade de super. Queixa-se:

*“até a época de eu tirar férias, eu estava assim stressadíssima, elétrica, dando tiro na minha sombra...**a gente quando trabalha demais fica dando tiro na sombra**”*

“a gente na tentativa de manter a qualidade (do atendimento) tá se desgastando muito porque é matematicamente impossível eu

manter a mesma qualidade de atendimento, se eu tenho um número reduzido de funcionários com um número aumentado de pacientes”

Enfermeira - que “pega no pé”

“Eu me lembro muito de uma chefe minha que falava assim, que você tem que ser chata pra que o serviço ande bem, enfermeiro tem que ser chato mesmo, porque se você não for chato todo mundo faz o que bem entende”

A nosso ver, ser chata ou “pegar no pé” nada mais é do que assumir a enfermeira-disciplinadora, aquela que deve manter o controle de tudo e de todos com objetivo de salvaguardar o bom andamento do serviço. A enfermeira - “responsável por tudo” só “trocou de roupa” porque no fundo, ambas querem exercer o poder de controle sobre o trabalho do outro. Mas essa imagem de “chata” foi construída por modelos que ela compartilhou no decorrer de sua vivência estudantil e profissional, vendo como as outras enfermeiras agiam.

A própria imagem se faz pela imagem que ela tem do outro e que o outro tem dela. O que significa ser “chata”? Em primeiro lugar, ser “chata” nos distingue do outro, na medida em que a enfermeira se vê como chata, ela se diferencia dos demais componentes da equipe. Em segundo lugar, somos reconhecidas como se isso nos identificasse como enfermeiras, portanto iguais às outras. Com isso a questão nos revela que “identidade é diferença e igualdade,

ora distingue, diferencia, ora confunde, une, assimila. Diferente e igual”.
(CIAMPA, 1994:137)

Implicitamente ser diferente das outras categorias de enfermagem implica possibilitar às enfermeiras uma diferença que desigual e, portanto, institui a superioridade e a inferioridade - “eu sou a enfermeira responsável”. Trata-se aqui de questões políticas que envolvem as relações de trabalho como relações de poder. Parece-nos que a enfermeira busca ser diferente para evitar que se iguale às outras categorias e mantenha um certo “status”. Como diz um artigo: “Temos o direito de sermos iguais sempre que nossas diferenças nos inferiorizam, temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza”(SANTOS citado por SOBRAL, 1995)

Na análise dos depoimentos identificamos uma contradição entre o que a chefia de enfermagem e a equipe de enfermagem esperam da enfermeira. A chefia busca um papel diferenciado para a enfermeira, procurando desvincular de sua imagem aquela de enfermeira- tarefeira, aproximando-a do paciente, mas mantendo-a vinculada à atividade gerencial/disciplinar do setor e da equipe. Já para as auxiliares e atendentes parece-nos que existe uma rejeição de enfermeira que só dá ordens, especialmente no hospital de ensino, onde as diversas categorizações de enfermeiras - diretora geral, diretora de serviço, supervisora e enfermeira - possibilitam a ela ficar mais tempo no setor, o que não ocorre nos outros hospitais, onde existe somente uma ou duas enfermeiras para o hospital todo.

Os conflitos decorrentes dessa indefinição do ser enfermeira parecem-nos também ligados ao endeusamento da prática no ambiente hospitalar, que é usado

como elemento ideológico para inserir a enfermeira como executora de funções manuais (as mais valorizadas) em detrimento das funções administrativas/disciplinares (as menos valorizadas). Vejamos o depoimento de uma atendente de enfermagem e o da supervisora que exemplificam essa contradição:

*“Mas a chefia acha que uma enfermeira para ser uma enfermeira ela tem que ser uma sargenta, o termo é bem esse, inclusive, a gente tem uma colega que fez a faculdade e faz três anos que ela não subiu, até hoje ela não assumiu o posto de enfermeira, porque ela não é uma pessoa de dar ordem, é o modo dela trabalhar. Se você trabalha com um grupo adulto, aquele um que só trabalha debaixo de ordem não serve para o setor. O que a chefia da gente exige dos enfermeiros do meu setor: **mandar, mandar, mandar e cobrar**. Porque eu acho que não existe, dependendo das pessoas que estão trabalhando, tanto de auxiliares como atendentes não precisa de existir aquela cobrança por que toda pessoa está... como se diz, eu estou há 9 anos, então por que eu vou receber cobrança por que a minha colega vai receber cobrança da R.P.A., se ela está há séculos ali dentro fazendo aquilo... Segundo a minha chefia imediata ela não recebe por exemplo reclamações de algumas coisas que as colegas fizeram e pra eles isso não é bom pro enfermeiro por que ele está sendo só um participante de um grupo e não um cobrante de um grupo, o enfermeiro deixa bem claro pra gente que existe.”(At.4)*

Como é essa postura da enfermeira?³¹

*“É de liderança, principalmente de saber delegar, de não ter medo de chegar perto do paciente, porque isso não é uma questão de sair de uma postura e assumir outra, acho que não incorporou o papel do enfermeiro, tipo: -eu prefiro fazer do que ficar mandando, não é por aí. É claro que é muito menos estressante você ir fazer do que bater de frente com o outro, se desgasta menos, só que, sem dúvida, se desgasta mais fisicamente, agora, emocionalmente, não se tem estresse, mas também não tem amadurecimento, não vai enriquecer, então, é de personalidade, é complexo de inferioridade, é o medo de mandar e ouvir que até ontem você era auxiliar e hoje está mandando, é querer assumir as coisas, foge do papel. E já tem outras que saíram na mesma condição e fala: - Olha, você vai fazer... delega as coisas é por aí, mas ao mesmo tempo sabe educar, orientar. Essa mesma pessoa você não vê educando, orientando, enfim, ela é isolada, não consegue fazer parte do grupo. Acha que quando vai se falar alguma coisa é para cobrar. **Primeiro se educa e orienta quando comete algum erro, e se repetir é que vai cobrar.***

³¹Entendemos por papel um “conjunto organizado de comportamentos que são ativados quando o indivíduo ocupa uma posição, num contexto de papéis complementares, sendo que deve ser relacionado ao comportamento do indivíduo e ao seu status e ligado ao profissional e não à pessoa”. (SARDIN e ALLEN citado por Gir, Elucir et al. mimeo). Já a função “é um conjunto de tarefas, atividades, atribuições exercidas de maneira sistemática e reiterada em seu desempenho”. (CHIAVENATO citado por Gir, Elucir et al. mimeo). Parece-nos que falar de postura da enfermeira refere-se ao papel.

*Se você não educou neste sentido, você também não vai cobrar.
Ele tem feito isto à anos e você nunca orientou de outra maneira.
Então é aquela coisa de só executar técnica mesmo, não conseguiu
desvincular desse papel, porque o **papel da enfermeira ali dentro é
basicamente educativo**, tem que estar educando todos os dias, se o
enfermeiro não estiver fazendo isso, quer com a equipe médica que
tem que educar também, que cada dia é uma, que tem de estar
falando, e só se limitar a desenvolver técnicas; para isso não
precisa de enfermeiro, ele vai conseguir se sobressair lá dentro, a
partir do momento que ele desenvolver esse tipo de trabalho
educacional e de assumir o paciente mais de perto.”(Superv.)*

A questão disciplinar perpassa toda a formação acadêmica e institucional da enfermeira³². No entanto, a disciplina fica oculta por um discurso do papel educativo da enfermeira. Parece-nos que o discurso do papel educativo da enfermeira perpassa muito mais o controle sobre o trabalho do outro, que, quando exercido, explicita sua intenção implícita: a não emergência do contrapoder - a resistência. Os estudos sobre as relações de poder em FOUCAULT (1984) nos auxiliam a entender:

³²Para maiores detalhes sobre os instrumentos disciplinares presentes no processo educativo da enfermeira ver: LUNARDI, V.L. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.

“uma concepção positiva do poder que pretende dissociar os termos dominação e repressão (...) porque o que interessa não é impedir o exercício das atividades do homem e sim controlar suas ações para poder utilizá-las ao máximo (...) objetivo ao mesmo tempo econômico e político”(MACHADO in FOUCAULT, 1984:XV-XVI).

No decorrer da entrevista a supervisora nos conta que o papel de enfermeira é basicamente educativo. Então perguntamos: Como assim educativo?

*“Seria tentar educar neste sentido, e mostrar o outro lado da coisa, que não estamos fazendo isso para pegar no pé, **por que tem auxiliar que não admite que o enfermeiro entre na RPA e vá olhar as anotações e verificar se todas as medicações foram checadas e tudo mais.** Ou seja, pensam desta forma:- Esta pessoa chegou hoje, e eu estou aqui há muito mais anos e não será ela que vai me ensinar; **então me fala qual o enfermeiro está agindo desta forma, porque certamente essa pessoa vai ter um ponto a mais na sua avaliação, pois o papel dela é esse, é ela quem responde pelo plantão, não que esteja lá para prejudicar alguém, e sim para salvaguardar a assistência de enfermagem que está sendo prestada para aquele cliente, e para educar naquilo que achar necessário, ou seja, no sentido de crescimento, e não para ficar vigiando.**”*

*Enfermeiro nenhum vem reclamar de eu passar no pré-parto pela manhã e olhar todas as prescrições, e de chegar e falar que estou gostando, que é por aí o caminho ou que está muito bonita a anotação, ou até, ficou faltando alguma coisa. Ninguém se sente menosprezado por eu tomar essa atitude, já que estamos caminhando e trabalhando juntos.... Quando eu falo educar e orientar, é neste sentido, não é para despejar tudo no “cristão” no momento da avaliação e **as enfermeiras não têm o hábito de fazer esse trabalho educativo no dia-a-dia ou para não se indispor ou para poupar estresse ou ainda não conseguiu enxergar esse papel educativo.**”(Superv.)*

Mas as enfermeiras encontram resistências ao exercício do poder disciplinar (educativo) como pudemos perceber pelo final da fala da supervisora. Segundo FOUCAULT(1984:XIV):

“O poder é algo que exerce... não é um objeto, uma coisa, mas sim relação. Esse caracter relacional do poder implica que as próprias lutas contra o seu exercício não possam ser feitas de fora (e **sim praticadas no cotidiano de trabalho**) (A observação entre parênteses é nossa).

Quando esse poder é exercido abusivamente, ele pode se efetivar até certos limites, quando do seu próprio exercício nasce o contra-poder. ROSA (1991b),

em sua tese de doutorado “Trabalho, Subjetividade e Poder”, também encontrou formas de oposição e insubmissão dos indivíduos no jogo do poder/saber.

“Os trabalhadores passam a exercer “seu” poder segundo a fórmula do poder que se exerce sobre eles, trazendo a visibilidade que jamais estão constituídos enquanto sujeitos-sujeitados e dominados”.(EWALD citado por ROSA, 1991b:17)³³

Essa resistência é, de certa forma, exercitada através da própria vigilância hierarquizada que, segundo FOUCAULT (1986:158), repousa sobre os indivíduos, mas seu funcionamento é de uma rede de relações que não é somente exercida de cima para baixo (enfermeira para a equipe de enfermagem), mas até certo ponto de baixo para cima (equipe de enfermagem para a enfermeira): fiscais permanentemente fiscalizados, como nos diz FOUCAULT, de forma que possa haver um controle daqueles que estão encarregados de controlar. A nosso ver, a enfermeira tem “consciência” de que está sendo continuamente controlada e testada pela equipe.

*“No começo é assim, eles te vêem como se alguém estivesse invadindo o espaço deles, é alguém que está querendo dar ordem no setor, que ele não conhece bem, alguém que esteja querendo dar opiniões erradas, então, eles se tornam mais resistentes e **a gente** ”cheia de dedos”, com medo de tomar alguma atitude inadequada,*

*de ofender, de não ser aceito, de ser boicotado, então você tem que estar sempre com um “pézinho atrás”. Agora, não, continuo com o pé atrás, como boa política, mas eles não oferecem mais tanta resistência, agora eles me conhecem mais, eu consigo ver as qualidades deles, eles vêem que não estou lá só para dar ordem, eu também ajudo quando é preciso, **nós colocamos a “mão na massa”, por esta razão nos respeitam mais**”.*

Podemos perceber pela fala da enfermeira o grau de importância que se dá à prática não somente no sentido de saber fazer tecnicamente um procedimento, mas também de apreender a prática institucional, adquirindo medidas mais apuradas das correlações de forças. Dessa forma, a enfermeira - disciplinadora e disciplinada - é ocultada pela enfermeira - “que põe a mão na massa”- porque só nesse nível de representação que passa a ser respeitada pelo seus pares.

Surge outra personagem:

Enfermeira - “que põe a mão na massa”, reforçada quotidianamente em especial pela equipe de enfermagem.

“A enfermeira nova, não sei se todos os funcionários pensam assim, eu posso responder por mim, eu acho que não é tão terrível

³³Em sua tese, ROSA(1991b) teve como objeto de estudo a constituição do **modo de ser moral** do

para mim quanto para ela, porque eu sou a funcionária mais velha do setor, ela está chegando, e a maioria chega com idéias novas, a gente tem uma nova lá agora. Então umas chegam com idéias revolucionárias, outras chegam com idéia que vai acabar com meio mundo, por exemplo, muda o seu padrão de serviço, porque a gente tem três enfermeira e eu já trabalhei com as três e cada uma tem um jeito de trabalhar, então você aprende a trabalhar, por exemplo, com uma que é de um jeito, com outra eu já sei que é do outro e a outra eu já sei que funciona de outro jeito. Então eu acho que a pessoa que chegou, por exemplo, ela passa por treinamento com a nossa chefia imediata, você vai conversar com a enfermeira que chegou e ela passa a idéia assim: "-Eu vim mandar" é isso que fica bem claro: "- Eu vim mandar, eu vim cobrar, eu não vim contribuir com o serviço, com o paciente, com você". Porque a enfermeira do setor da gente tem que ser muito mais que uma enfermeira no meu ponto de vista. Porque eu acho que a gente tem que saber dividir os problemas da casa com os do serviço, só que tem coisas que ou você desabafa com alguém ou você acaba explodindo com alguém. Se a enfermeira ela é uma pessoa além do que você espera dela, não se mostra mandona, mandona ..., mas a pessoa que mostra também o seu lado humano pra ela é bem mais fácil do que aquela uma que já vem...já teve enfermeira nossa que não ficou nem um mês lá, ela chegou assim, eu vou fazer,

trabalhador antigo de casa pelo exercício do poder em sua positividade.

eu vou acontecer, ela administrou, ela colocou o C.O. pra baixo e depois ela não teve estrutura de por pra cima de novo. Então, entrou em parafuso, ela com aquelas idéias, não foi uma pessoa bem estruturada para o setor, muitas pessoas não aceitam, ela vem dá uma ordem, a outra pessoa já está ali há dez anos fazendo aquilo, lavando aquela roupa daquele jeito, aí vem outra pessoa nova e fala: "- A partir de hoje, você vai lavar essa roupa assim". Ela não se reuniu, porque a maioria não se reúne, não se reúne pra explicar: "- Eu sou este tipo de pessoa", que eu acho muito importante você se apresentar também."(At.4)

Se ela incorpora a identidade pressuposta de “pôr a mão na massa”, aproxima-se do “ideal” de enfermeira que se espera. Além dessa imagem outras vão se alternando, como por exemplo: a enfermeira “confidente” “quase uma mãe” que trabalha junto, que sabe o que faz e principalmente não chega arrogante querendo mandar em tudo e em todos.

*“Se a enfermeira é velha, ela tem mais respeito. Porque lá é um jogo, vamos colocar assim, você não vê o que ela é lá fora, como ela é lá fora. Eu estou falando resumindo. No meu relacionamento com a enfermeira, **ela passa a ser respeitada a partir do momento que ela sabe o que está fazendo, que sabe tudo.** Daí ela é respeitada por todos e até a gente conhecer ela. Quanto mais medo ela tem, mais tempo vai demorar pra ela ser respeitada, é com o tempo que você passa a ser respeitada, **abre aquele espaço pra você**”*

poder chamar atenção, falar com alguém. Daí é permitido, do contrário, ela leva uma que(risos), porque eu já percebi que aconteceu comigo, e acontece com quem está entrando, com quem está há algum tempo, de vez em quando vai levando, vai amenizando com o passar do tempo.”(Aux.2)

Pelos depoimentos de auxiliares e atendentes existe um tipo de comunicação informal formando uma pré-concepção que determina a identidade pressuposta da enfermeira nova de casa. Pré-concepção que acaba estigmatizando antes mesmo de ser conhecida. Como vimos anteriormente, com base em GOFFMAN (1982), o estigma constitui uma discrepância entre identidade real (aquilo que somos) e identidade virtual (aquilo que esperamos que outro seja). Espera-se que ela seja boa ou má enfermeira. Mas não é o atributo em si que a estigmatiza, mas uma relação entre atributos e estereótipos. Ser boa significa ser cúmplice do grupo, cumplicidade que varia desde o encobrimento de falhas até as confidências pessoais. Ser má significa exercer efetivamente seu poder de mando, estabelecendo uma diferença que desigual e distancia e, portanto, institui a superioridade e a inferioridade.

Dessa forma, somente a posição hierárquica superior da enfermeira não autoriza exercê-la. É necessário provar que sabe, desde que “velha de casa”, e que a sua presença não altera os códigos de condutas previamente estabelecidos pelos “antigos de casa”. Isso assegura o próprio exercício do poder. Este trecho da entrevista da supervisora deixa clara a cumplicidade, explicitada acima.

“ Em termos de indisciplina grave, por exemplo, nos afrontar, temos duas ou três. Já com as outras são mais devagar e tudo você tem que estar pedindo, fazem tudo, mas tem que pedir para que seja feito e os enfermeiros são muito cúmplices com essas atitudes, porque temos uma pasta com o nome de todos os funcionários onde tudo deve ser registrado e é aí que eu digo que o enfermeiro peca na educação. Por exemplo, se alguém quebrar um frasco, nos informam apenas que um frasco foi quebrado e questionam porque precisa informar quem quebrou. Na verdade precisa dizer quem foi porque uma das coisas que avaliamos em um profissional é o zelo, é o cuidado que ele tem com o equipamento”.(Superv.)

Enfermeira - mulher que cuida / dona de casa do hospital

A representação do trabalho da enfermagem como extensão do trabalho doméstico bem como a determinação do “dever-ser” da enfermeira herdado dos modelos vocacional/disciplinar ainda estão presentes na enfermagem moderna, embora com menos intensidade. A nosso ver, são igualmente escravizantes porque grande parte dessas “atribuições”, segundo LOPES(1996), se alimentam de deveres e de apelos a aspectos determinados da personalidade das enfermeiras, os quais são valorizados.

“As listas de atribuições são a descrição pormenorizada das atividades e deveres das enfermeiras e auxiliares(...) são extensos tratados que sugerem condutas, nomeiam qualidades (enfim determinam o dever-ser da enfermeira) moldando-a em relação à subordinação, às qualidades pessoais, relacionais e de boa auxiliar médica, às atitudes frente ao paciente e à profissão bem como em relação às habilidades manuais”.(GAMARNIKOV citado por LOPES, 1996b:88) (A observação entre parênteses é nossa)

A nosso ver, cria-se um estigma de desvalorização social porque esse conjunto de “qualidades” exigidas não é reconhecido enquanto verdadeira qualificação³⁴ e não se traduzem em ações valorizadas no universo do trabalho. Além disso, os atributos, como competência, conhecimento técnico, inteligência, criatividade, entre outros, são menos importantes em relação esse conjunto de “qualidades”. Esse estigma de desvalorização atinge, então, a própria enfermeira que, fazendo algo que não é valorizado no universo do trabalho, passa a ser também desvalorizada no seu universo pessoal, o que provoca descontentamentos e frustrações com a profissão e com ela mesma. Daí o sentimento de insatisfação relatado por Laís e a inquietude em querer mudar, romper com as velhas imagens (de devoção, de abnegação, de ser enfermeira por vocação) que não conseguem superar as contradições e vislumbrar relações de

³⁴ Entendemos que “a qualificação pode assumir duas dimensões: uma, do lado dos trabalhadores e que se refere à aquisição de experiência e à formação e, de outro, do lado dos empregadores, que se refere ao conjunto das qualidades requeridas aos trabalhadores, o que influi diretamente nas classificações e nas definições de posto” (VERNIERES citado por LOPES, 1996b:77).

trabalho que levem em conta, acima de tudo, sua competência profissional e as singularidades do seu trabalho na construção de uma nova enfermagem.

*“Eu acho que não é só nesta questão... da enfermagem mas nós depois de tantos anos de repressão a gente não tá muito acostumado a pensar, a criticar, nós enquanto enfermeiras a gente... primeiro, que nós somos mulheres, nós somos educadas para ser pessoas bem passivas, depois que muitas escolas de enfermagem não dão tanta ênfase à técnica mas àquela assim... àquela qualidade de doação, de caridade, tudo isso tem muito a ver com a história da enfermagem, muitas freiras eram enfermeiras ou freiras ou prostitutas, também tudo isso tá muito na nossa história, eu fiz o curso numa escola de freiras, tem muitas freiras nos hospitais, tudo isso influencia muito, a gente não consegue se livrar disso de uma hora para outra, então a gente não sabe exatamente o que fazer com todo esse sentimento de insatisfação que a gente tem... o que fazer pra tentar mudar, a gente sabe que a gente quer mudar, a partir do momento que você tomou consciência que você quer mudar, você tem que tomar duas providências, ou você se acomoda e sossega ou você realmente muda e pára de reclamar e faz alguma coisa, agora exatamente o que fazer é que a gente ainda não sabe, como fazer essa **nova enfermagem.**”*

Laís, ao falar das enfermeiras, fala de mulheres: “*nós mulheres somos educadas para ser pessoas bem passivas*”. Remete-nos à questão da feminização da profissão enfermagem³⁵ cujas as atribuições parecem ser dotadas de qualidades percebidas como naturais às mulheres, intrínsecas à sua natureza feminina. Tanto que, “quando se fala em enfermeira, se fala em vocação, em moralidade, em capacidade de adaptação às condições de tornar-se, no cenário do trabalho, “sombra discreta” e subordinada” (FONSECA, 1996:65). A dona de casa do hospital onde o seu trabalho só aparece quando não é feito, inclusive este assumir tudo, segundo WALDOW(1996), parece ser parte de uma condição de gênero feminino e a enfermagem -profissão feminina- estende sua experiência doméstica para a prática profissional, trazendo à visibilidade que as enfermeiras, enquanto mulheres, são submissas, abnegadas, obedientes e domésticas e a profissão de enfermagem além de invisível é ambígua.

É o que CIAMPA(1994) chama de política de identidade na medida em que define previamente o “dever-ser da enfermeira”, enquadrando-a num ideal-tipo que, segundo LOPES (1996b), foi sustentado por longo período sob a legitimação do ideal da vocação, na figura da enfermeira normalizada, regrada e

³⁵Para maiores detalhes sobre a enfermagem enquanto profissão feminina ver: LOPES, M.J.M. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. **Rev. Bras. Enferm**, v.41, n. 3/4, pp.211-217, jul./dez, 1988. Nesse artigo, a autora discute como historicamente se definiu a mulher enquanto sujeito dominado e a legitimação da opressão culminando com sua marginalização enquanto cidadão. O artigo de PERREAULT, M. A diferenciação sexual no trabalho: condições de trabalho diferentes ou uma questão de sexo? in: CHANLAT, J-F.(coord.) et al . **O indivíduo na organização**, São Paulo: Atlas. 1994, trata das diferenças entre mulheres e homens quanto à saúde e segurança no trabalho, mostrando que é preciso levar em conta diferenças nas relações sociais e nas relações de sexo tanto na divisão geral do trabalho como nas condições de trabalho particulares.

subjetivada em uma imagem persistente que sustentou a condição de auxiliado.

“O universo da saúde, continua LOPES (1996b:79), é caracterizado por trabalhos marcados sexualmente, em geral “bem femininos”, e que conjugam, como no caso da enfermagem, o antigo paradoxo puta/santa”.³⁶ “As enfermeiras, são produto da definição do ser e das relações sociais entre os sexos. Estas relações são hierarquizadas e portadoras de valores sociais diferenciados (*haja visto o status diferenciado do médico e da enfermeira*). Os valores simbólicos e vocacionais da profissão enfermeira constituem um exemplo da concepção de trabalho feminino baseado em um sistema de qualidades ditas naturais - paciência, perspicácia, autocontrole, auto-sacrifício, abnegação, devotamento, desinteresse, lealdade,

³⁶A aproximação da enfermeira com a mulher de “vida duvidosa” nos remeteu a uma recente pesquisa norte-americana que alertou que as acusações de assédio sexual na indústria de assistência à saúde estão aumentando numa proporção alarmante. Nos hospitais, em especial, nas salas de cirurgia observaram-se comportamentos sexualmente abusivos nos quais a prática de abraços e beijos é comum. Uma pesquisa de âmbito nacional feita em 1994 revelou que a maioria das queixas foi apresentada por enfermeiras seguidas por pessoal de secretaria, religiosas, técnicos, auxiliares de enfermagem, pessoal do serviço de nutrição e terapeutas. A maioria das acusações foi apresentada contra colegas de trabalho seguidas por acusações a supervisores imediatos. Cerca de 10% das acusações foram apresentadas contra médicos. Mais de 80% das queixas foram relacionadas à criação de ambiente hostil, entendido quando a atmosfera do ambiente de trabalho é tornada ofensiva pelo assédio sexual, e apenas 20% foram relacionadas à acusação de assédio sexual do tipo “toma lá, dá cá”, quando a aceitação de aproximação sexual é uma condição para a última manter o emprego. (KINARD, J.L. et al. Sexual harassment in hospital industry: an empirical inquiry. *Health Care Manage Rev.*, v.20, n.1, pp. 47-53, 1995). Em vista desses dados, parece-nos que a identidade pressuposta de santa ou prostituta dificulta a sua aceitação no ambiente de trabalho como profissional.

obediência, disciplina, organização, discricção, sobriedade, pontualidade, coragem, confiança em si, integridade, pureza, honestidade, boa-vontade, docilidade, rapidez, prontidão, senso-prático, etc. - e não qualificações”³⁷(LOPES,1996a:57) (A observação entre parênteses é nossa)

Concordamos com KERGOAT (1989:96) quando expõe que:

“se tornou indispensável mostrar que o que é percebido como “natural” por uma sociedade, o é unicamente porque a codificação social é tão forte, tão interiorizada pelo atores que ela se torna invisível: o cultural torna-se a evidência, o cultural se transmuta em natural”

*“O que realmente está incomodando, porque falta muita base teórica pra gente, falta muita técnica né... falta muito é... **parar de***

³⁷Entendemos “qualificação para o trabalho enquanto relação social (de classe, de gênero, de etnia) que se estabelece nos processos produtivos no interior de uma sociedade regida pelo valor de troca. Isso quer dizer que o conjunto de competências adquiridas pelo trabalhador através de diferentes processos e instituições sociais - família, escola, empresa, etc. - somado às suas habilidades também adquiridas socialmente acrescidas de suas características pessoais, formam um conjunto de saberes e habilidades que constituem um valor de uso para o trabalhador”. (SEGNINI, L.R.P. Feminização do trabalho bancário in: BRUSCHINI e SORJ (orgs.). **Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, pp.37-66, 1994. Essa coletânea reúne artigos provenientes de várias disciplinas - Educação, Literatura, Psicanálise, História, Sociologia e Antropologia, procurando desvendar os sutis mecanismos sociais que estabelecem relações de gênero hierárquicas e marcadas pela desigualdade. O artigo da professora Liliane Segnini analisa a construção e o *modos operandi* dos mecanismos que regulam e limitam o acesso das mulheres às hierarquias mais elevadas em empreendimentos econômicos de grande porte.

ser tão abnegada, doador de si próprio porque na verdade nós somos profissionais, profissionais como qualquer um né, temos nossas outras necessidades também...”

Laís começa a introduzir no seu trabalho uma relação salarial - *nós somos profissionais* - e tenta construir uma verdadeira relação entre qualificação e o assalariamento. Para LOPES (1996b:96):

“passar de qualidade para qualificação implica em (des)construir a definição profissional baseada na pessoa enfermeira (...) Ser enfermeira tem sido, acima de tudo sê-lo 24 horas por dia, sete dias por semana. As confusões de papel sintetizam na enfermeira uma imagem cheia de sentido, polivalente, disponível, onipresente, responsável mesmo quando fora do trabalho, chegando no nível de culpabilizações e da abdicação de estar fora do trabalho O reconhecimento material se solubiliza nos “impagáveis” valores morais e na utilidade social do seu trabalho”.

A autora conclui que as enfermeiras têm demonstrado uma vontade de mudar essa situação de estabilidade que ligou o trabalho da enfermagem à vocação associada às qualidades femininas. As enfermeiras reivindicam uma identidade de trabalhadora, de profissional e essa reivindicação passa pela questão da separação do trabalho e vida privada (Laís expressa essa idéia quando diz que “*temos nossas outras necessidades*”) e, portanto, pelo

reconhecimento de que não se é enfermeira por compulsão feminina ou por escolha projetada em um modelo ideal de personalidade.

Se falamos de enfermagem, mulher, falamos também do cuidar/tratar representados por atores historicamente definidos - enfermeira/médico.

“ A dicotomização entre tratar e cuidar define, desta forma, os conflitivos espaços territoriais dos personagens que cercam a doença e o doente: de um lado, os médicos, aos quais se atribui a legitimação da qualificação profissional e, de outro, o pessoal de enfermagem, dos quais se espera, venham a ser devotados ao seu destino de “auxiliar” do médico, não importa qual possa ser o nível de sua qualificação profissional, bem como a sua colocação no ranking da hierarquia intra-ocupacional(...)evidenciando dicotomizações tecidas por tensões e cumplicidades que se revelam como forças antagônicas, apenas compreensíveis numa perspectiva de poder. (FONSECA, 1996:64)³⁸

LOPES (1996b) acredita que os esforços que têm sido feitos de teorizar os cuidados e o cuidar testemunham uma busca identitária, por meio da autonomização do cuidado como campo de conhecimento complementar e não auxiliar (no sentido herárquico) na relação com o tratamento.

³⁸ROSSI, em seu artigo: O curar e o cuidar - a história de uma relação (um ensaio). **Rev. Bras. Enf.**, v.44, n.1, pp.16-21, jan/mar,1991, verificou que existiu uma ruptura entre o cuidar e o curar, ficando este último hegemônico. O cuidar, segundo a autora, se transforma em enfermagem, como atividade subalterna.

Falamos também da idéia de divisão sexual do trabalho, mas não simplesmente como diferenciação entre os sexos nas atividades sociais - à enfermeira, o cuidar, ao médico, o tratar, mas principalmente buscar uma reflexão sobre os processos pelos quais a sociedade utiliza essa diferenciação para hierarquizar (e, portanto, inferiorizar) a atividade - cuidar. Falamos, então, de relações sociais de sexo que, segundo KERGOAT (1989:21), pode ser entendida como:

“uma ruptura radical com as explicações biologizantes das diferenças entre as práticas masculinas e femininas, sendo que tais diferenças são construídas socialmente e que esta construção social tem uma base material (e não apenas ideológica). São elas, portanto, passíveis de ser aprendidas historicamente”(...)“estas relações sociais repousam em uma relação hierárquica entre os sexos e (...) se trata, evidentemente, de uma relação de poder”.³⁹

A relação médico-enfermeira, portanto, abarca relações sociais de sexo e, portanto, relações de poder que não envolvem somente o cuidar/tratar o paciente, mas também os conflitos na “posse” da equipe de enfermagem (auxiliares e atendentes). Vejamos como Laís relata:

³⁹A Tese de Doutorado de Arilda Inês Miranda Ribeiro sobre a educação feminina durante o século XIX: o Colégio Florence de Campinas, apresentada à Faculdade de Educação - UNICAMP em 1993, retrata, especialmente no Capítulo II, a mentalidade do período imperial, que enfatizava a diferenciação biológica dos sexos como empecilho para a equiparação de conhecimentos entre homens e mulheres, mantendo-as limitadas à instrução formal, no sentido de auxiliar na tarefa doméstica.

*“...o funcionário acha mais status obedecer o médico e também porque há uma troca de favores, elas e os médicos, de medicamentos, prescrição, receitas e atestados, acho que existe essa troca... e com relação à enfermeira, eu não fico dando jeitinho na vida dela eu apenas cobro o serviço que ela tem que fazer, trabalho junto com ela, auxílio até, mas **eu não sou um homem dando ordens pra ela, de repente eu sou uma mulher dando ordem pra ela, muitas vezes sou muito mais nova do que ela, ela tem idade pra ser minha mãe e estão trabalhando na profissão há muito mais tempo...**”*

Interessa-nos, portanto, destacar a articulação entre relações sociais de sexo e relação de poder. Implica pensar em feminino e masculino como construções sociais relacionais e deslocar, segundo MEYER (1996:43):

“o foco de análise da mulher dominada para grupos e/ou sociedades localizadas e datadas em que mulheres e homens vivem e se relacionam de forma específicas e particulares. Numa perspectiva foucaultiana do poder, nos remete a pensá-lo como sendo essencialmente relacional, como exercício *entre*, o que permite pensar a dominação de forma complexa e não mais estabelecida de forma exclusivamente unilateral, pelo polo dominante sobre o dominado”.

Daí a idéia de que o poder não é (sempre) algo repressivo, que se possui e/ou se conserva, nem é (só) o controle de um conjunto de instituições, mas, principalmente, um exercício produtivo no jogo das relações sociais. Nesse sentido, avançamos mais um pouco e procuramos compreender como a ajuda de ROSA (1991b:10) um duplo funcionamento do poder:

“No nível jurídico-discursivo, no da lei (direito) - da negatividade do poder, que re(a)presenta o indivíduo na condição de sujeito de direitos. Ou seja, opera o poder no nível das representações, enquanto que o poder no nível de seu funcionamento pela positividade, o da norma, da disciplina, se exerce pela tomada do corpo - das forças - do indivíduo como objeto a ser sujeitado pelo exame permanente do poder, detectando e construindo saberes sobre elas, retornando-lhes sob a forma de regras (saberes) ou normas de conduta”.

Enquanto sujeito, continua ROSA (1991b), que sofre o exercício do poder em suas funções negativas (dominação) e positivas (assujeitamento), jamais pode ser considerado sujeito acabado, reduzido de uma vez para sempre à dominação e ao assujeitamento. Torna-se inevitável que do poder nasça um contra-poder, oposição e insubmissão dos indivíduos no jogo do poder/saber que tenta dominá-lo e sujeitá-lo. É voltando-se para as lutas contra o poder em seu duplo funcionamento que o trabalhador, segundo ROSA (1991b), constrói o seu modo de ser moral, sua subjetividade.

3. Será que podemos falar em metamorfose (identidade pós-convencional)?

HABERMAS (1983:60-1), apoiado nos trabalhos de KOHLBERG, sugeriu estágios de desenvolvimento do EU ou níveis de consciência moral indicando etapas de maturidade, reflexão e consciência de si e do mundo. Esses níveis são divididos em três: nível pré-convencional que corresponde à socialização primária em que a criança distingue o justo e o errado orientada por punição e obediência, internalizando e aceitando as normas porque as considera certas e justas. No nível convencional há uma conformidade com a ordem social, inclusive de lealdade a ela. É a idéia da “moça bem comportada” que internaliza a identidade de papel.⁴⁰Começa a ter uma “pré-consciência” das imagens estereotipadas mas se adapta para evitar comportamentos inadequados. Já no nível pós-convencional, que corresponde à identidade-metamorfose de CIAMPA(1994), o indivíduo consegue distinguir entre as normas e os princípios (que produzem as normas), adquirindo a capacidade de julgar segundo princípios e não pelas normas preestabelecidas. Questiona se ele próprio se identifica ou não com o seu grupo. É o momento da reflexão, da dúvida, das inquietudes consigo mesmo e com o mundo que o cerca. Recusa a cristalização da identidade - a identidade de papel é substituída pela identidade do EU - que pretende rotular a enfermeira de super-mulher com poderes místicos para resolver todos os problemas e ao mesmo tempo sub-humana por conviver com a submissão e com

⁴⁰HABERMAS(1983) entende por identidade-papel aquela que é ainda dependente dos papéis e normas preexistentes bem como das pessoas e objetos de referência. Conduzem suas ações de acordo com as regras que

poucas possibilidades de iniciativa e autonomia frente à equipe médica e à própria instituição. Quando não nos sentimos satisfeitas com a nossa própria identidade começamos a querer “descolar” dela a identidade-mito que nos estigmatiza.

“A identidade do EU pode se confirmar na capacidade que tem o adulto de construir, em situações conflitivas, novas identidades, harmonizando-as com as identidades anteriores agora superadas, com a finalidade de organizar- numa biografia peculiar- a si mesmo e às próprias interações, sob a direção do princípios e modos de procedimento universais”.(HABERMAS, 1983: 70)

A pré-consciência da responsabilidade coletiva

“...o que eu tenho tentado fazer é não ser tão mãezona como muitas vezes eu fui, de poupar funcionário e muitas vezes de repente ficava na passagem de plantão, o povo ia indo embora, a gente ficando sempre até mais tarde, pra tentar dar conta do serviço. Agora, olha eu tenho 7 horas e meia, se eu não der conta nessas 7 horas e meia o próximo plantão que dê, se eles não der, outro que dê, o que a gente precisa lembrar que é uma continuação de um plantão para o outro né, os funcionários também precisam conhecer que as responsabilidades não são só os

sustentam as funções ou cargos assumidos, ou seja, comportam-se como deveriam comportar-se sendo

*enfermeiros que têm, como, por exemplo, a passagem de plantão, todo mundo tem que estar presente, então eu tenho cobrado mais deles, eles têm notado nos últimos 2 meses (...) eles falam mas você não era chata, você não era assim (...) a mudança de comportamento implica em que as outras pessoas que estavam acostumadas com o seu comportamento anterior vão te cobrar também porque você está mudando né, mudança incomoda, mas a gente precisa mudar porque a vida é mudança, você não pode ficar estagnada, você tem que deixar circular as energias, **tudo tem que mudar** transformar, então as pessoas ficam assim cobrando, às vezes da gente - Por que você está assim? **Ai eu passei por uma fase onde estava mais agressiva e tinha às vezes discussões com o pessoal da Enfermaria, do P.A., eu senti que estava passando por um momento crítico e eu acho que todo mundo deve estar passando por isso, agora que eu já estou mais calma, já voltei de férias, tô tentando fazer alguma coisa ... já tomei consciência do meu problema agora tenho que resolver o meu problema...**”*

Laís por muito tempo abdicou, ou talvez ocultou sua identidade disciplinadora pela de enfermeira - “mãezona”, aquela que colocava “panos quentes”, relevava para não se indispor com o grupo e assim conquistar sua confiança. Mas, com o amadurecimento político das correlações de forças que regem o grupo, foi percebendo que não podia continuar assim - “*Já tomei*

subordinado ou chefe.

consciência do meu problema”, e deixa claro: “*a vida é mudança...tudo tem que mudar*”, nós não podemos eternamente repetir o modelo antigo. Ao aprender a ser **outra**, como que sai de si, torna-se **outra**, exterioriza-se na realidade, buscando que cada um tenha o seu direito desde que assuma sua parte, ou seja, faça os seus deveres com responsabilidade - “*os funcionários também precisam conhecer que as responsabilidades não só os enfermeiros têm*”. De certa forma, Laís começa a esboçar uma pré-consciência da responsabilidade coletiva.

“Acho que agora eu tenho muito mais condição de saber o que eu não sei ou saber o que eu sei,... eu percebo muito melhor os meus limites na verdade agora eu pensei e ... agora eu me vejo com muito mais humildade e não naquela arrogância do recém-formado que acha que pode mudar tudo, que pode tudo e esquece que a gente não vive sozinho no mundo e as coisas não dependem só da gente, não adianta insistir que uma coisa vai ficar ali se o resto não quer que essa coisa fique ali, então eu vejo assim as coisas com mais humildade e tenho mais coragem pra dizer as coisas que eu não sei, tenho mais confiança nas coisas que eu sei... tenho mais disposição pra lutar pelas coisas que eu quero porque agora eu tenho uma certa carga de experiência mas, por outro lado, antes eu tinha o hábito de estudar mais quando eu era recém-formada, eu tinha o hábito de estudar mais, agora eu tenho estudado menos...”

As mudanças interiores que Laís enfrenta são decorrentes da percepção de si e do outro - *“esquece que a gente não vive sozinho no mundo”* - dos seus limites e conseqüentemente dos limites do outro - *“tenho mais coragem pra dizer as coisas que eu não sei, tenho mais confiança nas coisas que eu sei”* - e da disposição para lutar pelas coisas, como ela mesma diz.

Essas mudanças interiores se exteriorizam na realidade, possibilitando que o outro a veja mudada, diferente do que era, mas igual a ela mesma. Busca agora, no agir comunicativo, segundo HABERMAS (1983:33):

“orientar-se, no sentido do respeito de normas intersubjetivamente válidas. As pretensões de validade universal (verdade, justiça, veridicidade), que pelo menos implicitamente são colocadas e reciprocamente reconhecidas pelos interessados, tornam possível o consenso que serve de base para o agir comum”.

Vejamos como ela relata uma situação de conflito de ação:

“Teve um dia (porque tem funcionário que gosta de se meter no serviço do outro) a V. tinha entrado numa sala, estava indo tudo bem e porque era uma paciente diferenciada, a E. adora atender bem as pacientes diferenciadas e entrou e começou a arrumar os pacotes e conversar com a paciente, fazer isso, fazer aquilo, sendo que a V. já tinha deixado tudo preparado. Aí a V. pegou, virou as costas e saiu pisando “torto” da sala. A E. percebeu e saiu para

*saber o que estava acontecendo e houve a maior discussão... eu não posso tomar partido de ninguém, mas eu não podia deixar a situação do jeito que estava. Aí eu chamei o grupo pra discussão e pra ver o que estava acontecendo, pra ouvir as duas versões, uma na frente da outra, para quem estava presente opinar. No final das contas, elas acabaram resolvendo o problema e eu apenas servi como mediador, ali no momento, **não precisei agir como pai, nem como carrasco ou como juiz...**eu tenho feito assim, tá com algum problema, vamos resolver já, se tem um atrito vamos resolver, agora é o momento, não é pra deixar pra amanhã, amanhã eu vou estar mais calma ou já ter esquecido ou ... posso estar com mais ódio, às vezes você fica remoendo as coisas... tô delegando mais as funções e se elas querem cobrar o direito que elas também têm que dar em troca, pra cada direito um dever”.*

“A solução moral dos conflitos de ação exclui tanto o emprego da violência (*carrasco*), quanto um compromisso fácil (*pai*), ela pode ser entendida como um prosseguimento, com meios discursivos, do agir orientado para o acordo”. (HABERMAS, 1983:58) (A observação entre parênteses é nossa)

A enfermeira tenta humanizar-se

Outro momento biográfico que pode exemplificar as transformações, pequenas que sejam, de seu modo de ser enfermeira, é quando admite que às vezes é preciso ser dura -ressurge a enfermeira-disciplinadora - mas reconhece o outro como pessoa singular, portanto com defeitos e qualidades. A enfermeira tenta humanizar-se através de uma relação com o funcionário que não leve em conta somente a produção, mas enquanto sujeitos com capacidades e necessidades pessoais, buscando incentivá-lo quando demonstra interesse pelo seu trabalho e não somente puni-lo pelo que faz de errado.

“... às vezes eu tenho que ser mais dura com elas entende e eu tenho feito assim, tenho tentado encontrar qualidade naqueles funcionários que são cheios de defeitos, mas mesmo que eu tenha atrito com eles eu tenho tentado achar qualidades e ... incentivar - Olha você tá fazendo isso certo. Algumas vezes as pessoas não fazem assim ... sabe, reforçar o comportamento ... o comportamento correto deles porque normalmente não é assim, é sempre castigado pelo que ele faz de errado e nunca ele é recompensado pelo que ele faz certo, pelo que ele faz de correto, então ele só recebe reforço negativo, só tem estímulo negativo”.

As mudanças não têm somente repercussões pessoais e com outro. A instituição deixa de ser exterior, imposta aos indivíduos e é chamada a ouvir suas reivindicações, negando as decisões de cima para baixo, e acreditando que pode dar soluções porque são eles que vivenciam os problemas. A realidade objetiva-

se subjetivando-se no indivíduo, vislumbrando uma possibilidade de bloquear as reificações pela visualização do indivíduo enquanto sujeito, que pode ter liberdade de expressar aquilo que sente. Para isso chama a todos para participar dessa reflexão.

*“Se estou passando por um momento crítico eu acho que eu tenho que chamar as outras pessoas pra participar também deste momento pra melhorar não só o serviço mas primeiro, **melhorar a qualidade de vida de quem tá trabalhando porque o meu serviço não vai melhorar se as pessoas que trabalham comigo não estão satisfeitas porque a pessoa que está insatisfeita não vai trabalhar mesmo insatisfeita, ou porque não recebe bem, mas acho que não chega a ser só isso não... porque trabalha com pessoas mal humoradas ou estão com algum problema pessoal ou de repente tem idéias a expor sobre o trabalho e essa pessoa não tem chance nunca, porque a solução do trabalho eu acredito que vem é da base, das pessoas que estão trabalhando porque elas é que conhecem as suas necessidades, são elas que têm que dar as soluções, cabe agora ao hospital dar condições da gente poder continuar o trabalho e também, se a empresa exige, ela também tem que dar condições pra gente também poder desenvolver o trabalho”.***

O enfrentamento da equipe médica e de enfermagem

A dominação da Medicina sobre a Enfermagem é histórica. Mesmo antes de sua profissionalização a enfermagem era vista e, a nosso ver, ainda é, como profissão complementar, portanto, inferior. O poder que o médico exerce, segundo WALDOW (1996) é considerado inquestionável, pois ele, de certa forma, *“é o dono da vida, tem poder sobre a vida e morte... como se fosse um Deus”*, como nos diz Laís.

Além disso, parece-nos que existe uma representação do trabalho da enfermagem ainda fortemente ligado à questão de: “estar disponível”. LOPES (1996b:91) analisa essa questão articulando-a à característica do trabalho doméstico (e do trabalho de cuidado). Conclui que:

“o tempo de trabalho da Enfermagem mesmo submetido hoje à relação salarial (tempo e valor de troca) se organiza em torno de uma hierarquia que faz com que a Enfermagem e as enfermeiras organizem seu tempo em função dos outros, de seus problemas e das imprevisibilidades do doente”.

Podemos dizer que no hospital o médico é a figura central, impondo ainda fortemente que a enfermagem esteja à sua disposição e exigindo da enfermeira a resolução dos problemas e não a participação no processo de atendimento ao paciente. Além disso, destacamos, nas entrevistas com as enfermeiras, a queixa de que os médicos não seguem as normas e rotinas do serviço, interferem nas suas condutas dando ordens aos membros da equipe de enfermagem bem como

exercendo domínio sobre o paciente, desrespeitando-o como indivíduo na medida que o trata como objeto. Vejamos como Laís relata.

“...só que eu não sou mais uma recém-formada e não estou no Centro Obstétrico há pouco tempo, eu estou lá há uns três ou quatros anos, então eu já conheço muito bem o serviço e até as pessoas, conheço bastante cada uma, defeitos e qualidades de cada uma então acho que o relacionamento da gente tende a ser diferente, mas acho que um enfermeiro precisa ter mais confiança em si próprio, ter uma boa base teórica pra poder confiar mais e a gente precisa ser menos passivos com os médicos, ser mais firmes com eles tem que tentar impor um pouco mais, não é fácil, não vai ser de uma hora para outra, mas a gente tem que impor o que é mais da enfermagem e o que é do médico... não é porque ele diz que é uma urgência que é uma urgência, a gente pode questionar, cada um com suas devidas funções, mas questionar com eles o porquê é urgente, dá para fazer isso antes disso (...) querem que a funcionária saia, largue de fazer o que tem de fazer para buscar um fio agulhado só porque ele não gosta de usar “pente de agulha”⁴¹... até uns tempos atrás havia uma relação de patrão mesmo, médico e atendente, até médico e enfermeira, patrão e empregada, até senhor e servo, agora parece que estão aprendendo a ser mais rebeldes (...)

⁴¹Conjunto de agulhas cirúrgicas para sutura de tecidos.

*eles decidem as coisas de acordo com as exigências deles também,
de acordo com a troca de plantão deles...”*

Questionar uma urgência médica que se institui como verdade absoluta é, a nosso ver, a procura para desvincular o poder da verdade. FOUCAULT (1984:13-4) nos diz que:

“A verdade não é um conjunto de coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer acertar, mas o conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder... A verdade está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem”.

Nesse sentido, verdades nunca são absolutas, tampouco universais, fixas e imutáveis. Podem ser objeto de debate político e de confronto social. Enfrentar a equipe médica, para Laís, é também recusar o estereótipo de “empregadinha”. LOPES (1996b:93) vê as “crises” de hoje:

“ manifestando uma rebeldia, um “basta” de subsidiaridade, um manifesto contra o desvio de ação centrado nas necessidades do paciente para as necessidades dos médicos, afirmando que não estão no hospital para resolver os problemas dos médicos, ou para

intermediar os seus sucessos, mas para usar suas competências em benefício do doente e serem reconhecidas nesta ação”.

Laís reconhece que essa mudança de comportamento da enfermagem em relação à medicina não é fácil. Retomando FOUCAULT (1984), onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar da resistência, mas pontos visíveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social. Ressurge a enfermeira - disciplinadora / “que pega no pé”.

“...pego no pé dos residentes, mas não me meto no serviço deles né, mas eu pego um pouco no pé deles porque eles são muito desorganizados, ficam pedindo exames muito fora de hora, a paciente está internada desde cedo e eles vão pedir exame de rotina às 16 horas, eles fazem bagunça no vestiário, deixam roupas fora do lugar, os funcionários trabalham lá, mas não é pra ficar servindo de empregados pra eles e também o tempo que ela está gastando recolhendo roupa do chão, organizando tudo, ela poderia estar gastando esse tempo com um paciente, a gente poderia estar direcionando melhor o serviço da pessoa, porque ela está fazendo um serviço que não precisaria estar sendo feito, uma coisa inútil... por falta de educação deles mesmos e... tocam uma paciente e largam a paciente exposta ... vão colocar um monitor e largam a paciente exposta, vão tocar e largam o papel de luva assim aberto, luva caída pelo chão e ... o cesto de lixo que é desse tamanho e eles

não jogam o papel no lixo, então eu tenho que ficar pegando no pé deles o tempo todo, não simplesmente passar lá e ficar recolhendo papel, tem que cobrar dessas pessoas a responsabilidade delas”.

Por vários momentos nos depoimentos houve referências à questão antigüidade de casa. Ocorre uma divisão entre antigos e novos de casa, de forma que, especialmente entre os antigos, forma-se uma comunidade de iguais, como diz GOFFMAN (1982), que estabelece códigos de conduta que os antigos defendem em seu nome. O novo se subsume ao antigo até que consiga ser o antigo, aprende que o poder não está no outro, mas na forma como o exerce. Segundo FISCHER (1994), “o indivíduo que ocupa um lugar tende a adotar comportamentos de dominação territorial, isto é, a exercer mais influência nesse local que em outra parte...”(Op.cit:85).

O lugar que ocupam as atendedoras e auxiliares antigas de casa é vivido como um território próprio, comportando, ao mesmo tempo, uma função de apropriação, ou seja, o espaço como objeto de práticas e intervenções, mas serve também de fundamento para o desenvolvimento da identidade pessoal e da identidade social desse grupo. Nesse sentido, parece-nos que há uma dominação física e psicológica desse espaço, de forma que são designadas pelas outras como “donas do pedaço”. Essa forma de dominação das funcionárias desse setor expressa uma tentativa de criar procedimentos no seu ambiente de trabalho que facilitem as tarefas. Reagem à intrusão, principalmente da enfermeira nova de casa, como nos diz At4: *“a pessoa lava aquela roupa daquele jeito e vem outra pessoa nova e fala que a partir de hoje, você vai lavar essa roupa assim”.*

Mesmo estando inserida no espaço organizacional, portanto, mediatizado pelo sistema hierárquico, parece-nos que houve um processo de personalização do espaço de trabalho que, segundo FISCHER(1994):

“Aparece como o desejo de fazer reconhecer e apreciar a individualidade na organização. Essa personalização reside também na transformação de um espaço regido por normas funcionais em um local regulado por normas mais ou menos privadas”.(Op. cit:96).

Isso cria um conflito com o espaço organizacional, concebido como “um sistema de atribuições que consiste em repartir categorias de indivíduos em locais e funções definidas, segundo uma escala hierárquica rigorosa ”(Op. cit:90).

A apropriação desse espaço significa também subjetivamente a posse de uma parcela do poder. Quando a enfermeira nova de casa entra nesse setor, podemos verificar uma fase de tateamento - “*a gente ‘cheia de dedos’, com medo de tomar uma atitude inadequada*” - caracterizando o espaço como um lugar de incerteza. À medida que vivencia essas correlações de forças - novo e antigo - percebe vantagens na aliança com o funcionário antigo de casa, porém essa aliança é instável porque depende da própria postura da enfermeira, do grau de confiança que o funcionário pode depositar nela e dos limites da própria situação. Passa, então, a enfrentar o funcionário antigo de casa na medida em que reivindica o seu espaço nessa relação. Em suma, para se sentir “segura” não basta a competência técnica, faz-se necessário ter controle e conhecimento de todas as

variáveis concernentes às relações de poder, isto é, a competência política é tão ou mais importante quanto à competência do ofício. Vejamos o relato de Laís:

*“Eu acho que também se colocar mais em pé de igualdade com o **funcionário antigo**, ele não pode mais ficar me questionando de uma coisa que ele não acha que eu estou fazendo certo se agora eu conheço mais as rotinas e eu agora posso dar uma contra-resposta para ele, tipo - como não, isso é assim, sim sabe e... **então eu tenho uma base na prática** e que me coloca também na igualdade com essas pessoas que têm prática e além da prática **eu também tenho um pouco da teoria** que me coloca numa situação mais à vontade, então eles me respeitam mais”*

Na relação com os seus pares começa a se esboçar um senso de solidariedade, que podemos chamar de solidariedade à insubmissão das ordens médicas. Isso possibilita a ela sentir-se parte do grupo.

*“... eles vão sentindo você como alguém a mais nessa equipe, não como alguém só pra dar ordens e depois ir embora e voltar pra ver se eles fizeram o serviço, alguém realmente ali que eles devem satisfação, **mas também podem contar no momento em que eles estão apurados e também num momento em que eles realmente precisem de uma defesa** quando de repente... algum residente está estressado e quer que ele vá buscar alguma coisa agora eles estão ficando mais resistentes, agora eles vão lá chamam a gente vai lá*

na sala e não tem, não tem eu já olhei em todo canto não tem, aí o pessoal, pronto, pára de pedir, eles estão aprendendo isso ... a trabalhar mais em grupo, a um ajudar mais o outro, tem sempre assim alguém mais preguiçoso, alguém que se mete no serviço do outro, assim o grupo vai crescendo, vai se conhecendo, vai sabendo aonde pode ir, aonde não pode ir e em que momento precisa de um puxão de orelha ou de um reforço.”

O que fazer? Quem sou eu?

Laís está insatisfeita com o que vive. Isso provoca inquietudes, desequilíbrios e principalmente questionamentos, que ela expressa na dúvida de continuar a ser enfermeira. LOPES (1996b), ao falar de identidade profissional, liga-a à palavra crise, que se traduz na dificuldade da enfermeira e da enfermagem em assegurar sua ação singular, o saber que lhes é próprio e o seu espaço no exercício profissional. A palavra crise também é associada a uma perda de referência de modelos de cuidado e de enfermeira que serviram por longos anos.

“Existe entre a enfermagem uma busca identitária (diversa, é bem verdade, entre enfermeiras e auxiliares) que se enraíza em uma batalha pelo poder institucional, pelo fortalecimento categorial e que também se encarna em uma nova imagem que deve emergir, resultado de uma (re)constituição subjetiva do seu espaço e de sua

ação. A “crise de identidade” pode ser interpretada então como um enfrentamento, entre outros, com a Medicina (forma identitária dominante, mas não exclusiva de relação com o doente), com a saúde, segundo a ótica de Enfermagem”(Op.cit:101)

A nosso ver, a “crise de identidade” da enfermeira nos remete a re(pensar) os conflitos na relação com a equipe de enfermagem, invertendo a lógica do “mando” pela lógica do “respeito ao espaço do outro”, não perdendo de vista essa (re)constituição subjetiva do nosso espaço de ação, mas buscando as possíveis mudanças de comportamento que levem em consideração ambas as partes, num exercício de poder diferenciado.

CIAMPA (1994) nos lembra que o desenvolvimento da identidade depende tanto da subjetividade (negação da identidade-mito - a super-profissional, a “mãezona”, a dedicada, a caridosa, a submissa, a abnegada, entre outras) como da objetividade (o mundo vivido do trabalho - a qualificação, o hospital, o espaço, o salário, etc.). “Por isso o homem é desejo, por isso o homem é trabalho”(Op. cit:201).

Vejamos como Laís nos conta suas inquietudes para consigo mesma e com a profissão.

“...mas agora principalmente passando por essa fase de questionamento, esse desequilíbrio todo vai provocar mudanças não só comigo, mas todo mundo da enfermagem deve estar passando por isso, não só as enfermeiras, mas acho que também os

*atendentes, com essa crise política que a gente tá passando hoje e tudo isso vai provocando um aumento da nossa crítica então a gente começa a se ver mais, a se comparar mais e ver o que eu sou agora do que eu era, o que eu espero, o que eu quero da minha vida, no final das contas eu quero mudar de profissão ou eu quero continuar sendo enfermeira. Há algum tempo atrás eu estava em crise, eu falava: Meu Deus do céu, eu não gosto mais de ser enfermeira, eu não sei fazer outra coisa. **O que eu vou fazer?** Eu não tenho paciência pra prestar vestibular de novo, passando a crise, tô repensando... Pra que mudar de profissão? Eu gosto da minha profissão, eu sei que eu não ganho bem, mas eu posso lutar por uma coisa melhor, não ganho bem, mas também não ganho tão mal quanto outros profissionais da minha área”.*

4. Letícia

Letícia foi atendente de enfermagem durante o curso de graduação. Tem mais de 15 anos de formada e trabalha há dez anos nessa instituição. No C.O. trabalhou por três anos. Até o nosso último contato estava trabalhando em outro setor do hospital. Sua experiência profissional não se deteve somente na área hospitalar. Antes de trabalhar nessa instituição estudou acupuntura e por três anos pode vivenciar o cuidar e tratar o paciente e não a doença, como tradicionalmente vê a medicina alopática ocidental.

Os aspectos marcantes do seu depoimento são: a sua qualidade de vida, a influência desastrosa na sua vida pessoal pelo sofrimento que representava o seu trabalho, as mudanças no seu jeito de viver a vida, a relação “incômoda” com o funcionário antigo de casa e com a chefia da enfermagem.

Parece-nos que Letícia encontra-se no nível pós-convencional de HABERMAS (1983) ou identidade-metamorfose de CIAMPA(1994), ao menos em determinados aspectos. Segundo HABERMAS (1983), nesse nível:

“Há um claro esforço em definir os valores e os princípios morais que têm validade e aplicação independente da autoridade dos grupos ou das pessoas que os sustentam e do fato de que o próprio indivíduo se identifique ou não com tais grupos.”(Op.cit:61).

Chegamos a essa conclusão pela forte importância que dá à sua qualidade de vida, esboçando uma consciência política das correlações de forças que perpassam a relação, especialmente com a chefia de enfermagem. Isso se

manifestou quando negou participar do “mutirão de horas-extras” imposto pela chefia e pela exigência do respeito ao seu direito de negá-lo. Como diz:

“...eu me submeto ao poder deles até certo ponto, aparentemente eu sou submissa ao poder, mas eles sabem até onde eles podem ir comigo.”

Em vários momentos percebemos uma desidentificação com o grupo, no sentido de se sentir diferente dele, seja na relação com a equipe médica, seja com as colegas de trabalho ou com a chefia de enfermagem:

“ele(médico) nunca teve muita chance de me tratar como uma enfermeirinha, ele sempre me tratou como profissional como eu o tratava igualmente como profissional ... nunca me julguei inferior a ele”,

“... eu respeito o espaço que ela(funcionária) tem, esse respeito retorna porque eu me respeito também ... ela se sente segura, se sente tranqüila, então muda a atitude, existe um clima de confiança e de tranqüilidade, de segurança...”

“...hoje eu sou mais produtiva e quando eu sou mais produtiva isso aí ameniza a relação com a chefia porque elas sabem que eu sou uma pessoa que eles podem contar...”

Diferente porque ela conseguiu descolar da identidade pessoal as “amarras” da identidade-papel (a identidade de papel é substituída pela

identidade do EU). Pode dizer “eu” de si-mesma, acredita em si, sabe o seu valor buscando compreender e aplicar normas reflexivas em todas as situações:

“...porque eu sempre fui uma pessoa... eu sempre procurei entender o porquê das coisas, o que elas estão querendo te ensinar...”

Os anos que reproduziu a enfermeira - “responsável-por-tudo”

Nas idas e voltas do seu discurso, Letícia nos conta o quão penoso foram os anos que reproduziu a identidade de superprofissional. Começamos pelo começo (que não é propriamente o começo do seu depoimento).

“O trabalho com queimados é uma maravilha e foi a minha primeira experiência profissional. Fiquei uns 6 meses e foi lá que comecei a perceber essa minha característica de me envolver muito com o problema de todo mundo. Sabia que não podia ser assim, mas não sabia qual o caminho que tinha que tomar para não estar me envolvendo, mas lá eu já percebi, só que não sabia que ainda ia continuar sendo assim por muito tempo.”

Já recém-formada percebe-se incomodada com a sua característica pessoal de se envolver com o problema de todos. De certa forma, vislumbramos aí um indício da enfermeira- “responsável por tudo”. Cabe a ela, enquanto corpo disciplinado e dócil, lutar para tentar resolver os problemas de todos (menos o

seu), afastando-a de questionamentos e reflexões de quem tem se beneficiado dessa luta (com certeza não é ela).

Mas foi nessa instituição, que há dez anos é seu local de trabalho, que começou a perceber o custo pessoal na tentativa de reproduzir a identidade de superprofissional. Vejamos o seu relato:

“Então quando sai do Centro Cirúrgico isso acabou, a paciente que não pode ser internada não é mais um problema meu, sinto muito se vivemos num país onde temos uma saúde de "merda", porque eu trazia tudo, tudo isso era problema meu, era eu que tinha que resolver, era eu que tinha que resolver uma paciente que tinha que fazer....que não podia mais ser suspensa, pois já tinha sido suspensa muito tempo. Era um problema meu, era problema meu, um cirurgião que tinha suspendido uma cirurgia de uma paciente que estava na fila fazia muito tempo, que ele não quis fazer a cirurgia porque era uma sexta-feira e ele não ia começar a cirurgia às 13:00 horas porque na sexta-feira ele queria ir embora mais cedo, era um problema meu, doía em min.”

Até então, Leticia reproduziu por cinco anos a identidade pressuposta de ser responsável por todos problemas. Até aí estava tudo bem, para os outros. Cumpria o seu papel desempenhando bem as suas funções , ou melhor, reproduzindo-as. Na verdade, o seu papel era uma das representações de sua identidade. A quem interessaria mantê-la reproduzindo essa representação?

Dependendo do ponto de vista, podemos dizer que interessaria à chefia, à equipe médica, à própria instituição ou até ao próprio capital. Mas como nosso interesse é descortinar os movimentos da identidade, nossa pergunta principal é: qual o significado dessa identidade-papel para ela? Isso foi ficando cada vez mais claro à medida que ela foi rompendo os laços que a mantinham docilizada, utilizada; à medida que pôde afirmar sua própria identidade independente dos papéis concretos; à medida que conscientizou-se de que havia uma separação, uma diferenciação entre individualidade e um “Eu em geral”.

Para HABERMAS (1984:21)

“Enquanto o Eu epistêmico caracteriza-se (como Eu em geral) pelas estruturas gerais de capacidade de consciência, de linguagem e de ação, que todo Eu singular tem em comum com todos os outros Eus, o Eu prático se forma e se afirma como Eu individual na realização de suas ações. O Eu prático torna segura a identidade da pessoa no interior das estruturas epistêmicas do Eu em geral. O Eu prático afirma continuidade biográfica e os limites simbólicos do sistema de personalidade, na medida em que volta sempre a efetivar suas próprias auto-identificações no mundo, de modo a poder localizar a si mesmo nas relações intersubjetivas de seu mundo social de maneira unívoca, ou seja, ao mesmo tempo inconfundível e reconhecível. Em suma: a identidade da pessoa é, de certo modo, o resultado de realizações de identificações da própria pessoa.”

*“E foi muito bom, porque eu cheguei no Centro Obstétrico com essa consciência de que os problemas do Centro Obstétrico não são problemas meus, são problemas do Centro Obstétrico e que vou estar trabalhando esses problemas só enquanto eu estiver aqui, quando eu sair, acabou, eles continuam sendo do Centro Obstétrico e a L. (ela mesma) vai ter outros problemas, outra vida. Quando cheguei no Centro Obstétrico, já tinha essa consciência. Quando fiquei sabendo que ia sair do Centro Cirúrgico, me veio um alívio e fiquei tão feliz, parei e pensei: **-Os problemas do Centro Cirúrgico não são mais meus, nunca foram meus, eles sempre foram do Centro Cirúrgico!** Então foi aí que tomei consciência de quantos problemas eu acarretava para mim, foi aí que fui me tocar que ia lá no serviço de compras, cobrar porque que tal coisa não tinha sido comprada, foi aí que me toquei: **-Puxa, sou apenas enfermeira, não sou responsável pelo setor de compras!**”*

Reconhece os seus limites - *“eu sou apenas enfermeira, não sou responsável pelo setor de compras”*. Isso foi decisivo para definitivamente negar a identidade-papel e afirmar seu EU individual - *“quando eu sair, acabou, eles continuam sendo problemas do C.O. e a L. (ela mesma) vai ter outros problemas, outra vida”*.

Enquanto reproduzia a identidade-papel, aquilo que Letícia vivenciava como o seu cotidiano carregava uma carga de violência tão grande que passou a

sufocá-la. A violência e a exploração que ela sentia podem ser insignificantes em termos de amplitude e eficácia. Mas CIAMPA (1994) nos diz que:

“...é terrível na medida em que está mediatizando a violência social no caso particular. A exploração e a violência sociais se concretizam, através de mediações, sempre no particular, que é a unidade do singular e do universal. Coletivamente constitui o conjunto das relações sociais que, no nosso caso, materializa um mundo: nosso mundo capitalista.”(Op.cit:127)

Portanto, a violência que Letícia sentia era reflexo de uma violência maior, a violência institucional, na qual o paciente leva o seu carecimento (que é de várias ordens e expresso de maneira diferente e singular) a uma instituição de saúde que em geral o reduz à sua dimensão diagnóstica individual e produz um juízo de valor em termos do que é normal ou patológico. Portanto capta a normatividade biológica como se esta se encerrasse em si mesma, independente das condições nas quais a vida é vivida. (PENTEADO et al, 1992)

Essa exclusão da totalidade do sujeito subjetivo permite que Marias virem diabéticas, conflitos decorrentes de cotidianos violentos virem patologias mentais e, pior, que os agentes que sustentam uma ação institucional ao lado dessa tendência de tornar o paciente objeto, passivo e calado, ainda possam decidir tendo como critério o seu próprio interesse (PENTEADO et al, 1992). Essa redução trata-se de uma violência, pois:

“Entendemos por violência uma realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sob outros ângulos. Em primeiro lugar como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como um sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência”. (CHAUÍ citado por PENTEADO et alli, 1992: 2)

Nada melhor do que ela para nos contar sobre essa violência:

“...era violento esse desrespeito pelo ser humano, esse desrespeito que eu sentia por mim mesma, o desrespeito com o funcionário, com o paciente, tudo era muito violento para mim, me violentava muito, eu me sentia extremamente desrespeitada, eu me sentia muito mal...”

É assim que se sente, violentada, explorada porque é mediadora de uma violência maior, que vai da posse do corpo do paciente como objeto do saber, ao desrespeito da condição dele como indivíduo social, psíquico e biológico; ao uso abusivo do seu corpo enquanto trabalhadora como objeto de docilidade/utilidade, que a leva a suportar as condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho, as interrupções do trabalho, as características do próprio setor e que caracteriza a violência materializada no corpo e decorrente da própria organização de divisão do trabalho; às relações de trabalho que convertem os diferentes em desiguais e a desigualdade em posição de superioridade e inferioridade, que caracteriza a violência materializada nas relações de trabalho como relações de poder. Enfim impossível humanizar-se porque a nossa sociedade e nossas instituições transformam diferenças de classe, de sexo, de raça, de idade, de posição em desigualdades; assim como também são responsáveis pela coisificação do sujeito.

Sobre a construção da identidade pela socialização, CIAMPA (1994) e HABERMAS (1983) colocam que:

“Cada indivíduo encarna as relações sociais, configurando uma identidade pessoal. Uma história de vida. Um projeto de vida. Uma vida-que-nem-sempre-é-vivida, no emaranhado das relações sociais.”(CIAMPA, 1994:127)

“A identidade é gerada pela socialização, ou seja, vai-se processando à medida que o sujeito - apropriando-se dos universos

simbólicos - integra-se, antes de mais nada, num certo sistema social, ao passo que, mais tarde, ela é garantida e desenvolvida pela individualização, ou seja, por uma crescente independência com relação aos sistemas sociais.” (HABERMAS, 1983:54)

5. METAMORFOSE

A outra Leticia

À medida que vislumbrou essa independência dos sistemas sociais, conseguiu se desligar dos objetos externos, das pessoas de referência e até dos seus próprios impulsos de autodestruição. Sim, porque tudo doía muito dentro dela, de certa forma, a sua humanidade estava sofrendo uma morte simbólica. Era preciso se preservar, preservar o seu próprio estado psíquico da loucura que vivia quotidianamente. O que sofreu passivamente, reproduzindo a identidade de superprofissional-violentada-explorada, agora é repetido ativamente. A outra Leticia não permite mais ser violentada, porque acima de tudo se respeita muito. Essa sensação é boa, precisa compartilhar com os outros, só que agora delimitando bem o que é seu e o que é problema do outro.

“...eu passei a não permitir que me violentassem mais, os outros continuam sendo violentados, não que eu seja indiferente, mas já não me atinge mais, quando eu posso abrir o olho de alguém para que aquilo não seja mais... não aconteça com ele, eu abro, mas

se eu não fazer, quem vai ter que abrir o olho daquela pessoa não sou eu mais, porque eu consegui separar o que é problema meu e o que é problema do outro, a mim ninguém desrespeita mais hoje, porque eu não permito, porque eu estou me respeitando muito, me amando muito, a pessoa mais importante para mim sou eu mesma...”

Recupera assim sua auto-estima - “*estou me amando muito*” - tão abalada pelo estigma da própria profissão. Enquanto o “anjo branco” que acreditava ser estava colado à sua identidade, por mais que tentasse, tudo que fazia parecia uma luta sem fim, e nessa luta se desgastava e desgastava a relação com os outros.

O anjo branco - super/profissional-violentada-explorada transforma-se em outro. CIAMPA (1994) fala de alterização (tornar-se outro) expressando uma idéia de mudança significativa - um salto qualitativo - que resulta de um acúmulo de mudanças quantitativas, às vezes insignificantes, invisíveis, mas graduais e não radicais. Letícia caminhou por esses saltos qualitativos mas algo mais aconteceu em sua vida para dar o impulso maior....

A maternidade: possibilidade de humanizar-se

Foi a maternidade que possibilitou a ela “cair do pedestal” de super e ver-se (e ver o outro) como ser humano imperfeito e limitado. Já não era possível reproduzir a superprofissional porque outra identidade veio se juntar àquela - à de mãe. De certa forma, uma necessidade externa propiciou que a consciência e a

atividade concretizassem a identidade de si mesma, agora descolada de rótulo, imagens preestabelecidas e preconceitos que havia interiorizado da identidade-mito-enfermeira-padrão. Vejamos o seu relato:

“Quando engravidei, minha produtividade caiu e para mim foi um choque muito grande, porque eu tinha um ritmo, tinha que ter uma produtividade ali, a todo vapor. Eu nunca tinha chegado a parar, nunca tinha chegado atrasada, nunca tinha tido um atestado na minha vida, nunca tinha tido um atraso, um atestado, uma falta, até eu ficar grávida da minha primeira filha. Então houve muita mudança da L. depois e da L. antes da gestação e eu exigia isso dos outros, porque a maternidade para mim foi uma experiência muito grande. Fui vivenciar a maternidade e de repente eu comecei a ter faltas, comecei a ser humana, a deixar de ser super, eu caí do meu pedestal de super e vim a ser bem humana com a maternidade. Passei a ter faltas, atestados, atrasos, passei a ser igual a todo mundo, mas encarei isso de frente, não me escondi atrás disso, não, eu vou ter que continuar sendo super, vou sacrificar tudo? Não, eu caí na real que jamais poderia querer ter sido super, que tinha mais é querer ser humano e estar ali, como todo mundo, tendo todos os problemas, como todo mundo tem e sabe entender o problema de todo mundo.”

Como ela mesma diz: “*eu tinha um ritmo... a todo vapor... e eu exigia isto do outro*”. Quando percebeu-se limitada, pôde ver o outro com “outros olhos” - “*...sabe entender o problema de todo mundo*”. A enfermeira humaniza-se. Deixa de pensar para a instituição, pela instituição e com a instituição e passa a pensar por si própria, buscando sua própria identidade. Nessa busca, vê o outro com os seus olhos e não com os da instituição. Nessa busca, pode entender que a identidade de mãe não pode conflitar com a identidade-profissional. Ambas caminham juntas. Porque antes de ser enfermeira, ela é mulher e a maternidade concretiza essa mulher. Mas foi difícil para ela conciliar trabalho e casa, público e privado. Sofre o conflito do gerenciamento entre essas duas esferas, principalmente porque a esfera pública, até então, era mais importante, era a sua vida.⁴²

“Aí é que fui "rebolar" para tentar conciliar tudo e foi um grande drama, porque eu era muito profissional e queria todos aqueles problemas e isso demorou um tempo para eu perceber que aqueles problemas não eram meus, mas enquanto isso não aconteceu, eu carregava os meus problemas e os problemas do serviço e isso foi virando aquela "bola de neve" , foi ficando enorme até que chegou num ponto em que eu quis sair do Centro Cirúrgico. Foi aí que mudei a minha visão, o que é o trabalho, o

⁴²Marina Massi faz um belo trabalho sobre o imaginário no cotidiano das mulheres de estratos médios da cidade de São Paulo e toca num problema real enfrentado pela mulher de hoje: o que fazer com a ideologia do “ter que trabalhar fora” e os padrões internalizados de uma sociedade mais antiga, na qual a mulher é “do lar”? In: Vida de Mulheres - Cotidiano e Imaginário. Imago. 1992

que é a minha casa, até onde um pode interferir no outro, até onde a minha condição de mulher e de mãe não pode atrapalhar o profissional e até onde o profissional não pode interferir na mulher e mãe, um de cada vez, onde cada um tem que ter o seu peso e sua importância e tem que ser dado a importância devida, não pode ser um mais do que o outro.”

Letícia, na tentativa de conciliar esses dois mundos, “caiu” numa depressão que iniciou no pós-parto de sua segunda filha e que a acompanhou por três anos. Foi preciso recorrer a tratamento homeopático e depois psicoterápico para “sair dessa”. Enquanto Letícia tentava corresponder à imagem de superprofissional, quase ficou “louca”, como ela mesma diz:

“... eu tive depressão no pós-parto da L.(sua segunda filha) e fiquei três anos nessa depressão, quase fiquei louca, porque eu nunca fui uma pessoa depressiva, eu pensava, Meu Deus, eu nunca tive depressão na minha vida e eu não saio dessa, parecia uma loucura, eu sai da depressão com homeopatia e depois de um ano tratando com homeopatia eu fui fazer terapia, mas minha vida de 1988 que foi o nascimento da L. até 1990 foi assim uma loucura...”

Essa valorização do lado profissional não é uma questão meramente pessoal. É uma questão social e também política. Como nos diz CIAMPA (1994:127), “uma identidade concretiza uma política, dá corpo a uma ideologia.

No seu conjunto, as identidades constituem a sociedade, e ao mesmo tempo em que são constituídas, cada uma por ela.”

Falando em questão política, falamos de relações de poder, de poder disciplinar, de um corpo de ideologias que se concretiza no corpo da enfermeira. Quanto mais ela se submete a esse poder que visa torná-la dócil e produtiva mais é valorizada como boa profissional. A enfermeira - dedicada e dócil - é, então, fortemente interiorizada de tal forma que a socialização secundária adquire uma carga de afetividade tão grande que a inserção no hospital e o devotamento a ele são institucionalmente definidos como necessários.

*“Você não pode misturar uma coisa com a outra (trabalho de casa), tem que estar cada um no seu lugar e quando você aprende a separar, você acaba levando as coisas muito bem. É quando as outras pessoas não te aceitam, **porque elas acham que você tem que ser mais profissional**, elas nunca acham que você tem que ser boa nas duas coisas, exigem muito o profissional e é onde você se sente diferente dos outros, sinto muito, mas eu sou.”*

A diferença incomoda: as relações de poder com a chefia de enfermagem

Sentir-se diferente dos outros é negar a identidade-papel de superprofissional. HABERMAS já nos disse que, quando a pessoa atinge a identidade pós-convencional ou identidade-metamorfose como nos diz CIAMPA, começa a questionar se ela própria se identifica com o grupo. É assim

que Letícia se sente, diferente do seu grupo, diferente das outras enfermeiras, diferente nas relações de trabalho com os seus colegas.

Mas essa diferença incomoda, especialmente a chefia, porque é preciso manter a identidade na mesmice, não se pode mudar a identidade mito de enfermeira-padrão, como o próprio nome diz, padrão, igual-a-si-mesma, ao que a identidade coletiva produz e reproduz. Quando ela começa a se sobressair, quando começa a saber o que faz, quando começa a questionar “aquilo que não merece ser vivido”, enfim, quando exige seus direitos trabalhistas buscando uma identidade de trabalhadora, de profissional, passa a representar uma ameaça à instituição.

*“Quando você é uma pessoa que o seu serviço aparece, você incomoda, pois você é uma ameaça e quando você deixa de ser essa ameaça, deixa de fazer seus os problemas e de estar se sacrificando, ai você é ruim, pois não está se sacrificando mais. **Então eles não querem uma ameaça, mas querem quem se mate de trabalhar, é bem aquele "burraco de presépio"**, é o que eles querem, é mais cômodo. Uma pessoa que questiona, uma pessoa que faz e que aparece, sabe, que se sobressai, para eles não é bom”*

Representando uma ameaça na afirmação de sua autoridade e também de sua capacidade de poder normalizador sobre a enfermeira em questão, a chefia toma a recusa em fazer horas-extras como uma afronta, uma rebelião à utilização exaustiva de seu corpo, para dar-lhe a direção de produtividade e de

docilidade - “*burraco de presépio*” como nos diz Leticia. “Na sujeição do trabalhador, o poder normalizador não (re)conhece limites, o que permite ao chefe a apropriação privada ou pessoal do cargo no exercício deste poder...”(ROSA, 1991b:129)

*“Uma vez a supervisora me disse: -Quando você voltar das suas férias eu não vou te dar as folgas todas que você tem direito!.
Respondi: -Vou na D.P. para saber se isso é legal, se for legal, tudo bem, você está certa, agora se não for legal, vai me dar o que eu tenho direito! Então, percebe, fica uma relação muito tensa, mas eu não abro mão disso, sabe por quê? Ela tem que respeitar o meu direito. Eu até poderia colaborar com algumas horas extras, se isso não redundasse numa obrigação, mas depois, como eu sei que vai redundar numa obrigação, eu não faço de jeito nenhum.”*

Mas a enfermeira recorre às regras racionais/legais, ou seja, aos seus direitos trabalhistas, para combater os não-limites do poder normalizador, que atua pela norma no nível do infra-direito e do contra-direito.

“...o poder, sob a forma jurídico-discursiva, é percebido por todos os indivíduos (...) como coercitivo e limitativo dos abusos e arbitrariedades que os primeiros possam vir a efetuar em seu exercício. Neste nível, todos são tidos como iguais perante o direito (...) O poder disciplinar dispensa essa representação (do indivíduo

como constituído de direitos, desde que obediente às regras) pois ele tem como objeto o corpo, o qual é tomado como constitutivo de forças que devem ser recalçadas e reprimidas. Este poder funciona no exercício da norma(lização) (...) para reduzir o indivíduo à força física e dócil (...). Deste modo, o funcionamento do poder disciplinar atua pela norma (...) isto é, seu exercício se dá no nível do infra-direito”(FOUCAULT, citado por ROSA, 1991b, nota 22:156).

Na reivindicação do seu direito de não fazer horas-extras submete-se ao infra-direito do poder normalizador - à força física produtiva e dócil - “*quando sou mais produtiva, isso aí ameniza um pouco a relação com a chefia*”. Para ter o direito de negar sujeita-se aos não limites do poder - exercido pela chefia, que só assim reconhece esse direito. (ROSA, 1991b).

“Hoje eu sou muito mais produtiva, e quando sou mais produtiva é aí que isso ameniza um pouco a relação com a chefia, sabe por que?. Sou uma pessoa que eles podem contar, sou uma enfermeira que toma conta do Alojamento, da Patologia, sabem que se precisarem, subo para o Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, coisa que ninguém gosta muito de fazer. Então existe aquele receio de estarem me pedindo para fazer as coisas, pois como sou daquelas que não faço hora-extra, então eles já ficam assim, será que eu posso, ou não posso pedir?. Existe um certo receio de chegarem em

min, mas quando têm certeza que é minha obrigação de estar fazendo aquilo, aí eles ficam tranquilos, pois sabem que eu faço. É isso que dá uma amenizada na relação, mas é uma relação muito tensa, pois sabem que eu me submeto ao poder deles até certo ponto, aparentemente eu sou submissa ao poder, mas eles sabem até onde eles podem ir comigo. Isso deixa todo mundo assim, meio que ‘pisando em ovos’(risos).”

Mas a produtividade adquire um outro prisma. Pode agora produzir uma qualidade de assistência - *“quando estou com a paciente, estou inteira com ela”*. “Estar inteira” significa que pode ser “ela mesma”, acreditando no seu potencial, acreditando que é boa profissional. Contra a produtividade - “toca serviço”- que tenta reduzi-la à condição de “coisa”, “máquina”, ou ainda, à força física produtiva, alcança a sua singularidade como enfermeira, materializada no tempo produtivo qualitativo⁴³ - *“enquanto eu não termino aquilo que comecei não vou para outra...”*

*“Acho que assim eu produzo muito mais no meu trabalho, inclusive porque quando estou com a paciente, estou inteira com ela, é o meu tempo para ela, hoje priorizo muito mais as minhas atitudes, sou muito mais dinâmica do que agitada, sabe por que? **Se alguém me pede algo, digo: -Olha, estou fazendo isso agora e se***

⁴³Entendemos tempo produtivo qualitativo a possibilidade de a enfermeira organizar o seu próprio tempo, estabelecendo as prioridades que ela julgar necessárias. Até então, submetia-se ao tempo produtivo quantitativo- “número de atendimentos”.

comecei, vou terminar!. A não ser que seja uma urgência, aí eu paro, pois são as prioridades, mas se não é nada urgente, enquanto eu não termino aquilo que comecei não vou para outra, está chamando, pode esperar, vai esperar.”

A percepção do poder

Letícia percebia as autoridades representadas especialmente pelas chefias de enfermagem como incoerentes, autoritárias e cobradoras de uma produção que colocava em risco uma questão vital: a saúde no trabalho - o lado mais explícito para o corpo do reflexo dos enunciados do poder, ou melhor, o estresse e outras formas de tensão, condições e riscos de trabalho. Temos então manifesto o caráter ilimitado do poder da norma, que não vê limites na sujeição dos trabalhadores - “*ritmo de escravidão*”, como diz ela.

“A maioria dos funcionários estão extremamente estressados, está todo mundo fazendo 13..., trabalhando um monte de finais de semana, dobrando, dizem: -Vai trabalhar, você não pode ir embora para casa, pois "fulano" faltou! É aquela pressão porque vai dobrar, porque tem que dobrar, porque precisa, e tem pessoas que dobram porque acham que tem a obrigação de dobrar. Quando conversam comigo, dou o retorno de que elas não têm obrigação de dobrar, e já fica uma coisa assim...., pois a chefia acaba sabendo e não esconde que fui eu quem falei, fui eu quem deu esse tipo de

orientação, isso eu nunca escondo. Mas se eu não der esse tipo de orientação, quando chego vou me sentir desonesta comigo mesma. Como acontecia muitas vezes, o funcionário que dobra ele não sabia que tinha o direito de ter uma hora de almoço e o funcionário que usa uma hora de almoço quando ele está dobrando, fica todo mundo muito louco com ele, pois está fazendo falta no setor. Então não existe aquela preocupação do direito humano da coisa, é ritmo de escravidão mesmo. Eu falo: -Meu Deus, é o poder pelo poder, porque as coisas têm que ser assim?."

O trabalhador de enfermagem adestrado pelo poder disciplinar não está acostumado a reivindicar os seus direitos trabalhistas - "o funcionário que dobra, ele não sabia que tinha o direito de ter uma hora de almoço" - isto porque o poder disciplinar não adestra só o corpo, mas a alma aprisionada pelo poder, vê-se dissociada do corpo, sua subjetividade é moldada para garantir a continuidade da produção.

"... você vê que não existe uma preocupação em estar melhorando a qualidade de vida de ninguém que está trabalhando ali dentro. A preocupação é assim, quem é que está errado, como é que nós vamos poder.....é uma forma de prejudicar tanto quem faz errado, que ele não vai querer mais fazer errado. Não existe aquela preocupação, de como é que eu posso valorizar o que alguém fez, e

que valorize tanto que o outro comece a querer ser valorizado também.”

O poder disciplinar converte-se em poder de punição. Ele se dirige a reprimir tudo que está inadequado à regra. Deve ser essencialmente corretivo.

“Pela palavra punição, deve-se compreender tudo o que é capaz de fazer as crianças sentirem a falta que cometeram (*“prejudicar tanto quem faz errado, que ele não vai querer mais fazer errado”*), tudo o que é capaz de humilhá-las, de confundi-las (...) uma certa frieza, uma certa indiferença, uma pergunta, uma humilhação, uma destituição de posto.”(SALLE citado por FOUCAULT, 1986:160) (A observação entre parênteses é nossa).

A recusa do estereótipo de “empregadinha de médico”

Os estigmas, ou rótulos produzidos pela sociedade são internalizados pela enfermeira ficando, assim, com um autopreconceito. Isso leva as enfermeiras a formarem uma baixa auto-estima, um descrédito em relação ao seu potencial, enfim, uma auto-imagem negativa que a faz cristalizar-se na identidade pressuposta de subumana. Alguns depoimentos como os de Leticia e da supervisora partiram desse pressuposto: não são os médicos os deuses-poderosos, mas são as enfermeiras que se sentem inferiorizadas. Dessa forma, a

enfermeira passa a ser objeto do preconceito e discriminação não só pelos outros como por si mesma. Vejamos o desabafo de Leticia e da supervisora:

“A sensação que tenho é que eles esperam que o enfermeiro tenha essa postura, eles ficam muito "loucos" por isso não acontecer e eles pisam.....mas eles esperam uma postura profissional do enfermeiro e que na maioria das vezes, é enfermeira, não enfermeiro, e ela chega submissa. A visão que tenho é que eles esperam uma atitude que não acontece, e quando eles esperam uma atitude que não acontece eles "montam" realmente, mesmo que isso não seja uma atitude consciente, mas é o que acontece. Se não se tem postura, acaba-se dançando por não tê-la, mas se tem, eles respeitam e é esta postura que eles esperam.”

“... ele(médico) nunca teve a chance de me tratar como enfermeirinha, ele sempre me tratou como profissional como eu o tratava igualmente como profissional... nunca me julguei inferior à ele”

Questionada sobre como via a dificuldade na relação com a equipe médica, a supervisora respondeu:

“Não acho que não são todos que se sentem o Todo-Poderoso, acho que isso é mais da enfermagem do que deles próprios. É mais a enfermagem que se sente inferiorizada mediante a equipe médica do que eles se sentem os todos poderosos da

situação. Acho que se eles agem assim, é mais culpa da enfermagem que deles próprios, é um hábito que já se cultuou e ninguém fez questão de quebrar, e isso não é culpa deles, é culpa de quem está trabalhando com eles e permite que tais situações ocorram.”

(Superv.)

A relação com o funcionário antigo-de-casa: o respeito ao espaço do outro

Quanto aos colegas de trabalho, auxiliares e atendentes de enfermagem do C.O., Leticia os percebia como resistentes, autoritários e indisciplinados - “faz o que quer do jeito que quer”. Culpabiliza a chefia pela falta de autoridade especialmente com o funcionário antigo de casa⁴⁴. Isto cria um clima de obscurecimento na distribuição formal das responsabilidades - quem é responsável pelo que e por quem - e intensificam ainda mais os conflitos na decisão de quem, quando e como fazer o trabalho da enfermagem.

Parece-nos que Leticia elaborou dispositivos, ou seja, mecanismos de defesa que são usados especialmente nos momentos em que gostaria de evitar o conflito, seja por acreditar que eles não levam a nada, seja para se proteger (HABERMAS, 1983)

“O que torna muito difícil o trabalho no Centro Obstétrico é o pessoal que trabalha lá. É um pessoal antigo, já da casa, muito resistente, faz o que quer do jeito que quer, e uma chefia que não tem uma visão do que acontece dentro do Centro Obstétrico, não tem mesmo noção do que é o Centro Obstétrico e te cobra coisas assim, sabe, absurdas em relação ao que acontece lá dentro. Não te dá o respaldo e nem o apoio para você estar trabalhando com aquele funcionário, e no final das contas você acaba fazendo o que você pode, da melhor forma possível. Às vezes você acaba assumindo função que não é sua para evitar desgaste com funcionário, pois é preferível você se cansar um pouco mais, ou então, até deixar de dar uma outra atenção mais particularizada, mais individualizada, para o.....para um paciente do que.....do que se estressar com um funcionário à toa, se desgastar com um funcionário que você sabe que não vai chegar em canto nenhum.”

A mudança de setor de trabalho possibilitou a Letícia refletir sobre a sua relação com o funcionário antigo de casa. Como resolver esse impasse? Primeiramente buscou conservar, inclusive sob estresse, a competência (ou segurança profissional, emocional, se assim podemos dizer) interativa de que dispunha em situações menos estressantes. Na verdade, aprender a lidar com o seu estresse e com o do outro foi um aprendizado de vida. Desse aprendizado

⁴⁴MENZIES(1970:24) identificou uma “delegação para cima” em que “as tarefas são empurradas para cima na hierarquia, de maneira que toda responsabilidade pelo seu desempenho pode ser desconhecida. Na medida em que isso acontece, a pesada carga de responsabilidade sobre o indivíduo se reduz”

tirou uma lição: respeitar-se e respeitar o espaço do outro, conseqüentemente, ser respeitada. Hoje, busca “descarregar” o clima com o funcionário antigo de casa, recorrendo às brincadeiras e gozações ou simplesmente se negando a praticar o jogo- “quem aparece mais”. Como diz debochando “*se ela quer aparecer, pode aparecer, minha filha*”. Consegue dizer EU, de si mesma, independentemente do papel que desempenha.

“Uma identidade bem sucedida do EU significa a capacidade peculiar de sujeitos capazes de falar e agir, de permanecer idênticos a si mesmos, inclusive na mudanças profundas da estrutura de personalidade com as quais eles reagem a situações contraditórias. Os sinais de auto-identificação, todavia, devem ser reconhecidos intersubjetivamente, a fim de poder ser fundada a identidade de uma pessoa. Distinguir a si mesmo dos outros deve ser algo reconhecido por esses outros.”(HABERMAS, 1983:78)

“Por exemplo, eu cheguei no Alojamento e a auxiliar já ficou meio enciumada comigo, pois já fui chegando, fui fazendo, então ela tenta jogar aqueles “veneninhos”, mas como eu respondo numa boa, os “veneninhos” dela, até com brincadeira e com gozação; hoje ela já me trata com respeito, já me trata até com um certo carinho, para quem chegou me alfinetando, hoje já me trata diferente. Percebo que, nem que não seja uma coisa que ela não perceba, que não tenha consciência de que aconteceu, mas a atitude dela mostra

que houve algo, pois hoje ela me trata diferente, mesmo que inconscientemente ela não tenha percebido que houve uma mudança nela, mas a atitude dela mostra que sim. É diferente sua atitude inicial com a atitude agora, 2 meses depois, existe um certo respeito, uma certa camaradagem.”

Perguntamos como era esse respeito. Ela comentou:

*“Respeitando e mostrando que eu respeito. A partir do momento que eu mostro que respeito a pessoa dela, que respeito o espaço que ela tem, esse respeito retorna, porque ela percebe que eu me respeito também, pois não me desrespeito nessa coisa toda, não me desrespeito em momento algum, e tenho muito cuidado em não estar desrespeitando o espaço do colega que está ali, então **quando ela percebe que existe este respeito, mesmo que ela não tenha consciência do que é respeito, ela se sente segura, se sente tranqüila, então muda de atitude, se sente confiante, existe um clima de confiança e de tranqüilidade, de segurança e quando a pessoa se sente segura, ela relaxa e aí muda sua atitude.”***

Projetos

Letícia vislumbra com a saída do hospital uma possibilidade de ainda continuar na enfermagem, acreditando que é boa profissional, por mais que a instituição tentasse abalar sua auto-estima. Tentou concursos em outras áreas,

mas não foi chamada. O projeto de ser transferida para o curso profissionalizante de auxiliares de enfermagem da própria instituição em que trabalha seria um meio de conciliar sua continuidade na instituição, mas fazendo algo que lhe proporcione prazer: ensinar. Busca a unidade da subjetividade e da objetividade. “Sem essa unidade, a subjetividade é desejo que não se concretiza, e a objetividade é finalidade sem realização”(CIAMPA, 1994:145). Para quem tem uma bagagem de vida profissional tão grande como Letícia, a possibilidade de usá-la para a formação de outros profissionais a estimula a continuar na luta. CHEPTULIN, citado por CIAMPA(1994:151), define a “realidade como uma possibilidade já realizada e a possibilidade como realidade potencial”. Dessa forma, começa a aparecer o “último”(pelo ao menos até o momento) personagem da identidade de Letícia: a professora, que há de “vir-a-ser”.

“ ... eu estou querendo sair da área hospitalar, estou tentando sair de lá porque não acredito muito naquilo lá, eu acho difícil você conseguir mudar aquilo, não dou mais “murros em ponta de faca” porque eu tenho certeza que não sou uma enfermeira regular, como fui avaliada, eu tenho plena consciência que sou boa enfermeira, então se até hoje eles conseguiram me avaliar como regular, depois de tanto tempo, eu duvido que a gente vai conseguir uma relação diferente, não estou investindo mais nisso, eu estou investindo muito mais em mim lá fora, por isso eu estou dando aula...”

IV. CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NO DISCURSO DAS ENFERMEIRAS

Tentaremos neste capítulo apresentar sucintamente as relações das outras três enfermeiras (Enf.II, Enf.IV e Enf.V) com os outros agentes institucionais na construção da identidade da enfermeira, identificando os aspectos que reproduzem a identidade coletiva e aqueles que se afastam dela. Apesar das diferenças singulares dos seus depoimentos, acreditamos que nos oferecem a chance de afirmar os movimentos fundamentais do desenvolvimento da identidade, que, na diversidade de suas histórias, construíram a contradição da identidade da enfermeira e sua necessidade de ser tratada como profissional.

Começamos por conhecer um pouco de cada uma.

Enf.II

A Enf.II trabalha na enfermagem há 24 anos. Fez o curso de atendente, o de auxiliar, o técnico e depois o superior. Há dois anos exerce as funções de enfermeira no Centro Obstétrico. Apesar de não explorarmos a origem da classe social de cada categoria⁴⁵, parece-nos que o curso superior de enfermagem abarca pessoas com condições sócio-econômicas um pouco melhores do que outras categorias, haja visto as dificuldades para alcançar a escolaridade superior. A Enf.II é um exemplo de uma enfermeira que caminhou por todas as categorias,

⁴⁵LOYOLA(1984) em sua Dissertação de Mestrado coloca que as enfermeiras provêm, de modo geral, de extratos médios da população em busca de ascensão sócio-econômica a curto prazo. (Op.cit:8)

trabalhando à noite para estudar de dia ou tendo dois empregos⁴⁶. No seu depoimento destacou-se a relação com a equipe médica, uma identificação muito grande com o grupo e a valorização do trabalho de enfermagem no sentido de lidar com vidas humanas, através da interiorização do discurso da humanização do atendimento ao paciente.

Considerando os níveis de desenvolvimento da consciência moral propostos por HABERMAS (1983) parece-nos que a Enf.II encontra-se no nível convencional. Levamos em consideração a preocupação que se manifesta no seu discurso em manter, apoiar e justificar a ordem social. Isso se manifestou quando fez várias referências ao comportamento do funcionário: *“você sempre procura andar direito, porque o que tiver que brigar por vocês e por mim também eu brigo...”*

Parece-nos que à frente da briga, do questionamento, está a ordem “andar direito”. Daí a forte identificação com o seu grupo, construída desde os tempos em que era atendente. Evita o confronto direto com a equipe médica e conduz os seus funcionários a evitar o conflito, mantendo-os bem comportados e conscientes dos seus direitos e deveres, sem no entanto, questioná-los. Reduz o impacto da “responsabilidade” de enfrentar “cara a cara” a equipe médica, delegando-a a seus superiores: *“... a gente tem uma hierarquia, eu levo para minha supervisora, ela leva pra diretora...”* Parece-nos que ela começa a esboçar uma pré-consciência da submissão, reconhece as dificuldades em delimitar o seu espaço (incomoda-se com isso), mas não encontra respostas

⁴⁶ “As proporções do pessoal de enfermagem que têm dois empregos são maiores nas categorias de enfermeiro e técnico de enfermagem, 23,7% e 27,8%, respectivamente”. (Conselho Federal de Enfermagem. Força de Trabalho em Enfermagem. Vol.I.1985: 127)

dentro de si, mas no outro (equipe médica). Isso porque se revela ainda como pessoa de referências dependente de papéis - incorpora uma identidade de papel.

Logo no início da entrevista, ao falar sobre o seu trabalho como enfermeira define-o como “tocar-serviço”

“...Olha, meu trabalho hoje é... mais voltado para a assistência, só que é uma coisa assim... acho que o C.O. hoje é muito “louco”, porque a gente trabalha com poucos funcionários e ultimamente a reclamação de todas as enfermeiras é da gente estar “tocando serviço”... e a nossa função de estar comandando um serviço, estar delegando alguma coisa, estar ali junto com a paciente, isto fica um pouco para trás...”

A personagem toca-serviço é alternada por outras como a “quebra-galho”, “resolve só problemas”, “faz-de-tudo”. Como significantes para a construção da identidade da enfermeira destaca-se a equipe médica que continuamente insiste em mantê-la no mundo da mesmice, mantendo e reproduzindo essas identidades-pressupostas.

“eles (médicos) ficam em cima, qualquer coisa é a enfermeira que tem que “quebrar o galho”, é enfermeira que tem que fazer as coisas, eles querem uma coisa, que poderiam chegar em outro funcionário, pedir: “Fulano, você faz isso? Não, chama a enfermeira...”

Dessa conjunção “toca-serviço” e “quebra-galho” notamos a insatisfação dessa enfermeira com o seu trabalho.

*“... tem dia que eu saio do serviço e chego aqui morta de cansaço, de tanto correr de um lado para outro (...) isto cria um desgaste muito grande em você, e chega no fim do dia você está assim... não agüenta mais ninguém falando na sua cabeça, claro que você tem que se controlar, mas... **a gente é humano**, tem hora que sobra pra alguém”.*

Às vezes, a enfermeira se esquece (ou é induzida a esquecer pelas pressões do dia-a-dia) que também é humana, na tentativa de reproduzir uma identidade de superprofissional. É humanamente impossível reproduzi-la sem sofrer danos pessoais, seja de desgaste físico ou psíquico, além do próprio sofrimento decorrente do sentimento de insatisfação com o seu trabalho.

O poder é percebido por essa enfermeira como situado num ponto específico da hierarquia hospitalar, representado pelo médico. Essa representação traz à luz as diferenças que desigualam e instituem a superioridade e inferioridade.

“Olha, eu já trabalhei em outros lugares e foi diferente, acho também que o que você falta é entrosamento entre o pessoal da medicina e enfermagem, porque o pessoal de medicina é muito

assim, eu sou médico e você é enfermeira, só que você faz além do seu serviço, você tem que dar suporte pro serviço deles, por exemplo: se eles entram de plantão, tem que ficar ali, não você ficar atrás deles na salinha de televisão ou então você ficar chamando eles para examinar a mãe, ela tá se contorcendo e você tem que pedir: Dá prá fazer um toque, acho que isso não é obrigação da gente (...) eu não sei se eles não sabem ou não querem ter o trabalho de fazer isso...”

Gostaríamos de destacar dois aspectos desse trecho: quando ela inicia colocando que em outros lugares era diferente, acreditamos que até poderiam existir essas diferenças, mas os pontos em comuns não são conscientes porque ela não os vivenciou como enfermeira.. Trabalhar como auxiliar, ou técnica é uma coisa. Porém, como enfermeira ela “bate de frente” com o médico, através da identidade pressuposta de ser ameaçadora ao poder/saber estabelecido por ele. Outro ponto é que o senso de responsabilidade que permeia o universo da enfermeira a faz reproduzir sua identidade de ser responsável por tudo, inclusive dando suporte para que as falhas médicas não se manifestem. Pensamos que isso se materializa inconscientemente. Ela não percebe que está sendo usada no jogo do poder/saber que tenta docilizá-la utilizando ao máximo seu senso de responsabilidade, visando ao controle de sua subjetividade no interior do processo produtivo.

Tanto que a equipe médica persiste na manutenção do trabalho da enfermagem ligado à questão “estar disponível”, e a enfermeira II, ainda

dependente da identidade-papel reproduz essa divisão sexual do trabalho no hospital: a enfermeira serve, o médico comanda a ação, esboçando, no entanto, o estabelecimento de uma distância entre as diferentes práticas terapêuticas, na tentativa de constituir-se enquanto identidade no meio hospitalar. Segundo LOPES (1996:b), a dominação que as práticas médicas (o tratar) exercem sobre as práticas da enfermagem (o cuidar) se articula na dupla conjunção entre sexo e classe. Essa dupla conjunção define os conteúdos e os territórios que cada agente ocupa no espaço hospitalar. O diagnóstico e a terapêutica representam os atos-fins, o ato principal, o saber que embasa a organização e o processo de trabalho no hospital. Já o trabalho da enfermagem se incorpora aos fins como ação subsidiária.

“Sua concepção enquanto *savoir-faire* feminino, baseado em um sistema de qualidades, o dessingulariza e subsidiariza sua ação, inscrevendo-a em uma dinâmica móvel de divisão e de processos de trabalho ditados em parte pelo saber médico, mas também pela gestão organizacional”(Op.cit.:82).

“... quando eles querem uma coisa é já ... e às vezes não é urgente, você está atendendo uma paciente e eles querem que você largue daquilo pra atender uma coisa deles que não é urgente. Isto também me deixa assim “louca da vida” , tem dia que você sai tão cansada de tanta discussão, aí criou aquele clima, tem umas que não fazem nada pra você, já vai lá e escreve e manda pro diretor,

tem outras que “bate boca” com você e ainda fala assim: Mas, eu sou médico, você é enfermeira, como se você não fosse nada, como se ele fosse o Deus Todo-Poderoso. Eu não tenho nada contra médico, só acho que o serviço devia ser mais unido, pra dar um resultado melhor, não ficar eu sou médico , estou tantos degraus acima de você e acabou, e quando não é isso, a finalidade ali é o paciente...”

As tentativas da enfermeira de dizer que nem sempre está disponível são reprimidas agudamente pela equipe médica, seja através dos caminhos burocráticos de punição (advertência escrita), seja utilizando-a para rebaixar, degradar, humilhar. “A disciplina recompensa unicamente pelo jogo de promoções que permite hierarquias e lugares; pune rebaixando e degradando...”(FOUCAULT, 1986:162)

Os conflitos com a equipe médica são marcantes em seu depoimento, mas a certa altura da entrevista ela coloca que, apesar de relatar todos esses “incômodos”, particularmente com ela nunca houve problemas, isentando-se de ser rotulada “funcionária-problema” e incorporando a idéia de “moça bem comportada” que sabe o seu lugar.

“Lá dentro eles me chamam de dona L., comigo eles usam até de um certo respeito, mas é que eles fazem estas coisas com as outras, as técnicas com as auxiliares, isso reflete no serviço (...)

porque cria um clima de revolta, e o pessoal cobra de você: L., você precisa tomar uma atitude...”

Parece-nos que, pelo fato de trabalhar tantos anos como atendente, auxiliar e técnica, sente uma forte identificação com o grupo procurando, no entanto, mantê-lo na orientação de “lei e ordem”. “O comportamento justo consiste em cumprir o próprio dever, em mostrar respeito pela autoridade e em manter a ordem social dada em nome dessa mesma ordem” (HABERMAS, 1983:61). Mais a frente, no seu depoimento reforça essa identificação:

“eu brigo muito pelos funcionários, eu não sei se porque eu já passei por isso, (...) então eu falo pra eles: Olha gente, vocês sempre procurem andar direito, porque o que tiver que brigar por vocês e por mim também eu brigo, sabe pelos direitos da gente, sempre vou fundo...”

Esse clima de revolta relatado logo acima por ela parece-nos ligado à imposição do setor como local de trabalho. Muitos não gostam de trabalhar lá e, como não conseguem trocas com outras pessoas, são obrigados a continuar trabalhando, o que representa um custo pessoal muito grande. De certa forma, a passagem pelo C.O. também é uma imposição para muitos estudantes de medicina, inclusive os residentes que não optam pelo 3º ano de residência em Obstetrícia.

Parece-nos que ela evita o embate frente à frente com o médico. Recorre sempre à supervisora, apesar de ter dúvidas de que suas reivindicações sejam atendidas. Acreditamos que essas dúvidas são decorrentes da cumplicidade que se estabelece entre a chefia de enfermagem e a chefia médica, que, no jogo do poder/saber transformam as primeiras em “testas de ferro”, ficando numa posição intermediária entre a equipe médica e de enfermagem. Nessa posição ela exerce o poder disciplinar às custas de um não envolvimento emocional com a equipe de enfermagem, como que se esquecesse da sua própria origem ao assumir o cargo de chefia. Manifesta, então, uma relação impessoal que camufla a relação pessoal com a chefia médica. Daí as suas dúvidas em acreditar na credibilidade no sentido de representar efetivamente os interesses da classe.

“eu sempre falo pra elas: gente, não é assim, a gente tem uma hierarquia, eu levo pra minha supervisora, ela leva pra diretora e lá é que vão conversar (...)”

Mais à frente, quando fala da chefia, comenta:

“... o discurso é muito bonito sabe, só que na hora da prática o negócio não funciona, o negócio é assim, nós nunca temos direito, sempre, em todas as conversas que a gente teve é sempre o médico é que tem direito, então... a gente tinha que ter uma pessoa que fosse mais com a enfermagem, parece até que a nossa diretoria não é

exercida por uma enfermeira, porque falta ela ficar mais do lado da gente.”

A estratégia utilizada por ela para reduzir o impacto do embate frente à frente com o médico, é pressionar a chefia para enfrentar a equipe médica. Sente-se impotente para contestar as interferências da equipe médica no trabalho de enfermagem. De certa forma, entrega à supervisora a responsabilidade direta desse embate. Em contrapartida a supervisora projeta na enfermeira esse embate. Vejamos dois trechos: um da enfermeira e outro da supervisora.

“...a D.(supervisora) fala: Ah, não é assim, não sei o que, mas aí eu falei: a gente vai sempre ficar com a cabecinha baixa, amém, amém, amém, não pode ser, eles têm que reconhecer o lugar deles e abrir, dar espaço pra gente, porque ali eles querem fazer as coisas da enfermagem, tem muitos deles que passam na frente da gente, a gente tem um serviço de enfermagem que tem que ser respeitado, eles têm o espaço deles e a gente o nosso espaço (...) quando você não faz uma coisa que eles pedem, eles acham que é antipatia sua, que você não faz porque não quer ou pra desacatar, então eu falo pra eles: o seu serviço é daqui pra lá, isso aqui é meu, pode deixar (...) o pessoal é muito..., porque o doutor falou e acho que não é por aí, eu sinto isso dos funcionários, da direção, ele faz um “rapapé” lá e todo mundo já fica com medo (...) o pessoal fala: não é bom nem falar, deixa ele falar sozinho, não acho que é assim, acho que é esse o papel de uma supervisora e uma diretora, vamos

questionar, eu acho que tem que ser assim, agora se a gente for colocando só panos quentes nas coisas a gente não vai chegar a lugar nenhum.”

“... as pessoas abaixam a cabeça, o grupo de enfermeiros não compra briga, porque, às vezes, o profissional básico/auxiliar e atendente, tem um certo medo, uma “cisma” com o médico, de desrespeitar, na cabeça dele se responder vai ser mandado embora, acho que no fundo tem todas essas fantasias , aquela coisa de servo... Acho que é obrigação do enfermeiro, se ele presenciou, não pode deixar a pessoa tomar tal atitude, tem que falar com a pessoa, ela tem que entender que é a você que tem que ser encaminhado os problemas e não ela resolver diretamente com o funcionário.”

(Supervisora)

A representação do trabalho da supervisora ainda se aproxima muito daquela idéia de trabalho burocrático, longe dos problemas vivenciados no dia-a-dia. No entanto, a Enf.II trouxe um outro aspecto interessante: a identidade da supervisora carrega um aspecto disciplinador que a enfermeira em questão evita, talvez até inconscientemente, assumir. Isso porque ser disciplinadora conduz a uma imagem antipática e, parece-nos, que há uma projeção dessa imagem à supervisora, e a enfermeira, projetando-a na supervisora, isenta-se de tê-la frente à equipe de enfermagem. Se assumisse essa imagem teria dificuldades na relação

com a equipe de enfermagem porque a própria equipe de enfermagem recusa a enfermeira que assim se comporta.

“Você tem que tomar iniciativa das coisas que seria da supervisora, e eu acho que aí cria um desgaste porque você tá todo dia ali com eles (funcionários), então você tem que tomar atitudes que elas acham antipáticas e que não seria sua, seria da supervisora, mas como você convive todo dia ali, você passa a ser uma pessoa antipática pra eles, porque você não deixou ele fazer o que ele queria e já tendo uma supervisora não, ela já teria mais... não, eu sou supervisora, então vai ser assim e acabou, então acho que a gente se ‘queima’...”

As enfermeiras percebem-se vigiadas por outros membros da equipe de enfermagem, especialmente as mais antigas, pelos médicos, pela chefia, pelos pacientes e vigiam também os médicos, os funcionários, a chefia, o paciente e assim por diante. Dessa forma, evidenciamos vários momentos nos quais a enfermeira é colocada propositadamente em situações constrangedoras para ver como se sai.

Sobre a vigilância como importante instrumento disciplinador FOUCAULT citado por LUNARDI (1994:176) coloca que:

“São múltiplos saberes sobre os diferentes vigiados que vão se construindo em cima deste múltiplos olhares. São múltiplas

relações de poder que vão se construindo e desconstruindo entre aqueles que vigiam e os que são vigiados.”

Agora a fala da enfermeira:

*“A primeira vez que teve uma anestesia eu já tinha ficado um mês no pré (pré-parto)... eu fui pra sala e tinha uma cesárea de emergência, quando eles viram que eu entrei na sala, todo mundo saiu, aí eu fui lá, ajudei, inclusive a docente já me conhecia do Centro Cirúrgico, aí eu ajudei na anestesia, sondei a paciente, circulei a sala, quer dizer, **eu criei moral com eles.**”*

Observamos no ambiente hospitalar, um endeusamento da prática, já relatado anteriormente. Essa ideologia conduz a enfermeira a incorporar a identidade de “pôr a mão na massa”. Como vimos, só nesse nível de “representar-se” é respeitada. “Pôr a “mão na massa” implica não só mandar, mas realizar efetivamente a prática. O saber (prático) se junta ao poder, possibilitando a enfermeira exercer efetivamente seu poder de mando, no sentido de comandar a equipe.

“... um dia, escutei uma atendente falar:

- Nossa, você viu sua chefe nova, eu pensei que fosse 'nó cego', mas ela até entende.

Aí eu falei:

- O que a senhora falou?

Ela falou assim:

- Não, porque o pessoal que entra aqui só quer mandar, não sei o que...

Eu falei pra ela:

O mal de vocês é que vocês ficam comparando o que fazem com o que o colega faz, vocês tem obrigações iguais aqui dentro, então faça a sua parte, que ele faz a dele, então não tive assim desacato, essas coisas.”

A enfermeira, no entanto, encontra resistências para exercer o seu poder de mando. Especialmente o funcionário mais antigo contesta uma delegação de tarefa alegando as próprias atribuições de cada um na hierarquia hospitalar. Apesar de haver diferenças entre um plantão e outro, essas situações parecem ocorrer com uma certa frequência.

“... por exemplo, você vai delegar alguma função; eu trabalho à tarde e o pessoal mais rebelde é o da tarde, então eles falam assim na tua cara: isso não é minha obrigação, é obrigação da enfermeira...”

Mais à frente contesta essa postura ao mesmo tempo em que reafirma a identidade “pôr a mão na massa”.

“... eu sou daquela enfermeira que “põe a mão na massa” mesmo (...) e eu também não tenho aquele negócio de falar assim, não é minha obrigação, nunca tive isso, detesto pessoa que fala isso, não é minha obrigação...”

Na tentativa de se afastar da identidade “quebra-galho” no sentido de estar fazendo rotineiramente as atribuições do auxiliar ou atendente, ela e outra enfermeira reorganizaram a escala de serviço. Antes se incluíam trabalhando num dos pontos chaves (pré-parto, sala de recuperação, recepção de recém-nascido). Agora, elas se excluíram da escala, na tentativa de assumir a liderança do grupo e concretizar o discurso de humanização do atendimento.

“... esse mês nós resolvemos não fazer escala pra gente, não assumir nada e a gente estar onde for preciso, então parece que está dando certo, porque você fica solta para poder dar assistência à paciente, conversar com ela (...) mesmo conversar com o funcionário, porque às vezes o funcionário vê uma coisa já quer revidar do jeito que vem, de você estar chamando, conversando com ele e às vezes falta tempo de sentar e ter uma reunião com o funcionário, porque ele já tão cansado de correr de lá para cá, ele

nem olha pra cara da mãe... então a gente está tentando mudar, e a gente quer um serviço mais humanizado.”

Os muitos anos de trabalho de enfermagem são relatados com uma certa nostalgia do seu tempo como atendente, auxiliar, onde o espírito de união era concreto.

*“... trabalhei quatro anos no I.P. (hospital particular) como atendente, depois quando fiz o auxiliar, aí eu fiquei encarregada do C.C. não tinha enfermeira nessa época, trabalhei mais quatro anos à noite (...) era a “testona de ferro” pra tudo que acontecesse e a gente trabalhava muito, na época não tinha ninguém da limpeza, então a gente circulava, limpava a sala, preparava material (...) nós éramos em oito funcionários, a gente trabalhava todos os dias, tinha sete a oito folgas era um serviço desgastante, **mas a gente tinha uma coisa que eu falo que está escasso nos hospitais, a gente tinha união**, porque todo mundo fala que plantão noturno dorme, a gente até “puxava uns cochilos”, mas todo mundo trabalhava igual, todo mundo acabava na mesma hora...”*

Além de sentir que hoje a competição é mais explícita nas relações de trabalho dentro da enfermagem, sente uma certa intimidade exagerada com a equipe médica, o que não combina com seu jeito mais antigo. De certa forma, o

tratamento cordial com a equipe médica a mantém distante da equipe, evidenciando os papéis fixos de cada um.

“...uma coisa fundamental que não tinha antigamente, por exemplo, as brincadeiras dos médicos eram diferentes eram mais respeitadas e aquele negócio, eu sempre chamo a atenção, porque eu tenho funcionários que chamam os residentes de “chuchu”, “princesa”, então cria aquela falsa camaradagem que termina trazendo esse atrito, porque tem uma falsa camaradagem com ele e de repente ele te solta alguma coisa que não... eu não sou mais brotinho, eu sou mais antiga tá, então eu trato todo mundo de doutor, não tem aquele grau de intimidade que tem lá no Centro Obstétrico, eu respeito e quero ser respeitada...”

A pré-consciência da submissão não possibilitou a ela enxergar uma “luz no fim do túnel”. Sente-se desestimulada a continuar lutando, como se as coisas nunca fossem mudar. Vislumbrava no afastamento do hospital o distanciamento necessário à sua própria sobrevivência como pessoa e enfermeira.

“...não que eu não goste do C.O. mas o pessoal de lá é difícil, os funcionários são difíceis, mas com o tempo eu acabei gostando, sabe eu... eu chego aqui não é aquela coisa eu quero sumir, não quero mais voltar lá, eu me acostumei com o serviço... tudo que puder fazer, eu faço, só que acho que é uma coisa muito antiga que

já é muito enraizada e dificilmente o C.O. muda (...) tanto que eu tô fazendo especialização em Administração de Serviço de Saúde, quando minha supervisora soube falou assim (ela ficou surpresa);

- Eu acho que você quer sair daqui.

Eu falei:

- Não é que eu estou querendo sair, se aparecer alguma coisa...

Eu não quero ficar, sabe, aqui, porque eu acho que vou ficar louca se eu ficar só aqui, porque isso aqui não vai mudar nunca... Olha já fez quase dois anos que eu estou lá, muda, muda e você vive quase sempre as mesmas situações, não sei o que está errado, se é a enfermeira ou se a forma que os residentes vêem a coisa. O que a gente ouve é que o C.O. é um “saco” porque a maior parte que passa lá, já passa estressado... mas o C.O. é um lugar estressante para você trabalhar estressante mesmo.”

Enf.IV

A Enf.IV trabalha há nove anos nessa instituição, sendo que oito anos trabalhou como técnica de enfermagem e há um ano exerce o cargo de enfermeira no C.O. Antes de vir para esse hospital, trabalhou dois anos e meio numa clínica de planejamento familiar. Os aspectos marcantes do seu depoimento são: preocupação com a sua imagem frente aos colegas de trabalho, especialmente a supervisora e a equipe médica; percepção do funcionário como

irresponsável, despreparado tecnicamente e descompromissado com o ideal da enfermagem - o espírito de servir desinteressado - em que a assistência ao paciente deve estar acima do estresse, das condições e riscos do trabalho, bem como da remuneração salarial. Percebemos, então, fortemente na Enf.IV a identidade disciplinadora da enfermeira justificada pela incompetência do funcionário aliada à identidade submissa frente às decisões da chefia e da equipe médica.

A elevação da enfermagem como uma arte ou chamamento, em que deve prevalecer traços de altruísmo, dedicação, sacrifício e humildade são marcantes no seu depoimento. Dessa forma revela-se como pessoa dependente de papéis internalizando-os e aceitando-os como referenciais para a construção de sua identidade. Os atores e as ações são percebidos como independentes do contexto, ou seja, concretos. Parece-nos, então, que a Enf.IV encontra-se no nível pré-convencional. Segundo HABERMAS (1983:61):

“Neste nível, a criança é capaz de responder às regras culturais e às noções de bom e mau, justo e errado, mas interpretando tais ações nos termos das conseqüências físicas ou hedonísticas de ação (punição, recompensa, troca de favores), ou ainda nos termos do poder dos que anunciam regras e noções.”

“...a enfermagem, falando de toda a equipe, não só da enfermeira, trata com vidas humanas, então, eu acho que significa ter um compromisso, não ficar preocupado com o salário no final

do mês. Você vê muito isso, uma falta de interesse do pessoal com a profissão, e as pessoas se relacionam mal dentro da própria equipe então com o paciente não vai ser diferente. O paciente não tem culpa se você não ganha bem, se você trabalha muito, se você não se dá com o colega.”

De descompromissada, a enfermagem passa para despreparada tecnicamente, irresponsável, por não corresponder a uma visão idealista fundamentada em construtos mentais do “dever ser” e não no que é.

“Nesta visão idealista e também minuciosa e perfeccionista, calcada sobre o que ‘deveria ser’, supervalorizam-se, ou melhor, perde-se ou sequer se percebe, a visão contraditória do contexto, do concreto real, visualizando-se e buscando apenas o concreto aparente e fragmentado.”(LUNARDI, 1994:162)

Vejamos como foi sua atitude frente a uma situação de conflito de ação.

“Teve um dia que nós estávamos com um paciente aguardando vaga na UTI e quando ela entrou para a RPA, a funcionária achou que ela não deveria continuar sendo medicada, então não fez a medicação e na hora que ela foi transportada para a UTI, começou a convulsionar, ela tinha medicação prescrita, só que a funcionária achou que aquela medicação era para iniciar na

UTI. Depois, conversei com a funcionária e o que ela me falou é que ninguém tinha avisado que a paciente estava se tratando. Agora, convenhamos, há necessidade de estar avisado?... Está certo, que você passa o plantão para outra pessoa, mas qual a sua obrigação?... Ver toda a papelada da paciente, principalmente a prescrição médica...e você coloca isso para a supervisão, para outras colegas e não vê retorno, não que eu queira que haja punição, não, acho que neste caso, esta funcionária não tem esclarecimento suficiente para saber o que deve fazer(...) então, o que falta para este funcionário, sem dúvida nenhuma, é um treinamento...”

A nosso ver, a Enf.IV orienta-se por punição e obediência. Como a funcionária em questão não obedeceu a uma regra (ver a prescrição médica) isso determina que ela é despreparada tecnicamente, ou seja, má funcionária, independente do contexto em que isso aconteceu. Ela mesma coloca que o momento era difícil - *“eu estava com um quadro que já era pequeno ao extremo, não tinha funcionário, estava sozinha lá fora, com os quartos cheios, não tinha como entrar para dar assistência para esta paciente”*. Esse contexto, entretanto, serve para justificar a sua ausência nessa questão, ou seja, salvaguardar a sua imagem. Já o funcionário precisa ser treinado, o que, a nosso ver, é uma maneira implícita de poder puni-lo efetivamente porque não quis fazer, e não porque não soube fazê-lo.

“...eu acho que tem que ser feito uma reciclagem, com treinamento, você estando ali, ensinando, para depois você cobrar, porque se você tiver esse retorno, você passa a fazer com segurança, que ele não fez porque não quis”.

Vemos, aí, manifestando-se a identidade-mito da enfermeira padrão - a enfermeira disciplinadora - e como tal se movimenta para enfermeira-vigilante. Tanto que, ao perguntarmos como se sentia em relação aos seus colegas de trabalho disse:

...eu sou desconfiada demais, mas é o meu jeito de ser, eu confio desconfiando...”

Mais à frente completa:

“...são coisas que você é obrigado a confiar, desconfiando, porque você sabe que ele não pode dar conta de tudo e tem uns que não dá mesmo para você confiar. Você sabe que ele está fazendo tudo, você vai, olha, para ver se ele fez aquilo que tinha que ser feito, é preciso averiguar, eu falo isso com toda a segurança, pois é uma coisa real mesmo.”

É preciso vigiar, é preciso controlar o trabalho do outro porque ele não é confiável, porque a natureza humana é ruim, o homem é egoísta, mesquinho e o

mundo humano é um mundo de intrigas, onde não há credibilidade no trabalho do outro.

“...de repente, não dá para saber o que é verdade, e o que é mentira, porque hoje em dia, não só no meio hospitalar, você vive em um mundo de intrigas, de fofocas, que não dá para você confiar totalmente no ser humano, geralmente a pessoa está te falando uma coisa na sua frente e por trás ela está falando outra.”

Mas ela faz parte dessa natureza humana, faz parte dessa enfermagem estigmatizada como irresponsável. Novamente salvaguarda a sua imagem interiorizando a enfermeira - “que põe a mão na massa”, o que a isenta do rótulo de “mandona”. Nega a enfermeira-mandona, mas contrariamente mantém a enfermeira-disciplinadora. Nesse ponto parece-nos que se aproxima do nível convencional, orientando-se pela “lei e ordem” que consiste em cumprir o próprio dever, ou melhor, assumir a identidade-papel e mostrar respeito pela autoridade. Vejamos dois trechos do depoimento. O primeiro expressa essa idéia da enfermeira “que põe na massa” e o segundo essa orientação para a “lei e a ordem”.

... o pessoal te respeita porque você sempre está tentando provar alguma coisa pra eles. Você trabalha com eles no dia-a-dia, não é só aquela coisa que o pessoal cobra de você, não é só mandar, mandar, mandar, tem muita enfermeira que é como eles

falam - chefa, que só sabe mandar - Eu não sou assim...eu cobro o que tem que ser cobrado, eu exijo o que tem que ser exigido, só que eu trabalho lado a lado, eu não sei ficar parada ou sentada, vendo um ou outro funcionário..."

...eu não tenho problemas com ela (supervisora), desde o começo eu sempre me dei bem e ela também comigo. Não é a supervisão ideal, está muito longe de ser, só que eu acho que ela tem o direito de pensar, de agir, de achar que está certa, então cabe a mim como subordinada a ela, respeitar isso, porque não vou ser eu, discordando das coisas que ela acha certo, que vai mudar alguma coisa, tenho certeza que isto não vai ocorrer."

A percepção da equipe médica se distingue entre bons e maus médicos. O bom é aquele que trata bem, com educação. O ruim é aquele que age com indiferença e/ou com agressividade. Com o docente, em especial, há uma percepção de que a enfermeira é referencial para se fazer as cobranças daquilo que não foi feito ou feito erradamente. A nosso ver, como já colocamos, a equipe médica reforça a enfermeira "responsável por tudo", ao mesmo tempo em que a exclui de participar do atendimento à saúde, colocando-a na posição de servi-lo.

"...eles vêem a enfermeira como uma pessoa que tem que ser feita as cobranças, então a primeira coisa errada que tiver no setor, a primeira que eles chamam é a enfermeira, e eles cobram mesmo."

O descrédito do profissional de enfermagem permeia o seu depoimento. Analisamos esse aspecto quando discutimos a questão do estigma. Dessa forma, criou-se naquele ambiente de trabalho, rótulos estigmatizantes que subestimam a capacidade profissional da equipe de enfermagem e em especial da enfermeira. Daí, o sentimento de desrespeito relatado por ela num episódio em que o docente pediu para que ela fizesse uma revisão nos aparelhos de anestesia e, como estava em fase de treinamento, não conhecia bem todos os aparelhos e portanto não estava apta a fazer a tal revisão. A médica revidou ironicamente.

*“- Olha, se você não sabe, então pega e pede pra ‘fulano’ porque ela sabe tudo, só não tem esse ‘canudo’ que vocês tem.”
Eu acho que é muita falta de respeito pelo ser humano e pelo profissional, na frente da funcionária, de outros funcionários, de outros médicos, não que eu ache que a outra não saiba, ela tinha prática suficiente pra ensinar a gente, mas a única coisa que ela não tinha era esse ‘canudo’ e ela (médica) fez ‘pouco caso’ deste ‘canudo’.”*

É preciso, então, satisfazer as expectativas da instituição, em especial da equipe médica e assim preservar a sua imagem de rótulos discriminatórios. Assim, a Enf.IV define sua relação com a equipe médica - cada um no seu lugar, sem se envolver com o trabalho do outro, ou melhor, sem ela se envolver no trabalho do médico.

“... eu acho era uma relação ‘super’ profissional, faço questão de ser profissional por causa dessa barreira, dessa falta de crença no profissional de enfermagem e na enfermeira, então no meu dia-a-dia procuro ser o mais profissional possível, estar executando as minhas funções, porque para você ter algum crédito, para eles acreditarem um pouco em você, você tem que dar o melhor de você e mesmo assim(...) eles têm falhas, têm erros também mas procuram manter mais escondido. Eles não são como o pessoal da enfermagem, quando alguém da equipe de enfermagem erra, tá todo mundo sabendo, eles mesmos já comentam com funcionários de outros setores, comentam das enfermeiras do C.O., eles não têm nem um pouquinho de ética profissional, agora de quem é a culpa? Por isso procuro mostrar a qualidade do meu serviço para não ter que ouvir ‘desaforos’, não ter que ouvir gritos nem reclamações.”

A Enf.IV orienta-se, a nosso ver, na dimensão prazer/desprazer. O prazer, o sentimento de satisfação de ser aparentemente respeitada deriva primeiramente daquilo que os outros pensam dela, ou melhor, das não-reclamações em relação à conduta. Maximiza esse prazer através da obediência, ou ainda, da aceitação daquilo que os outros atribuíram a ela. Dessa forma, evita o desprezer - “*para não ouvir ‘desaforos’, gritos e reclamações*” - agindo conforme as expectativas do grupo.

“Desde o início, o meu relacionamento com o pessoal, tanto com a equipe, como com a supervisão, com os médicos, acho que foi válido, porque nunca tive problema algum, ninguém nunca veio reclamar de nada, ao contrário, os comentários que eu ouvi foram satisfatórios...”

Assim também a Enf.IV conforma-se com as imagens estereotipadas, vê os limites, os incômodos de se submeter à identidade de superprofissional, esboçando uma pré-consciência da submissão, mas é englobada pelo sistema, adapta-se a ele, evitando os conflitos. Assim incorporada pelo sistema, a única saída é o conformismo, a sensação de que nunca vai mudar, de que não vale a pena lutar por mudanças. Ela não sabe, porém, que primeiramente as mudanças teriam que partir de dentro dela mesma.

Eu já coloquei para a D.(supervisora) e para outras pessoas e eles falaram que a própria enfermagem que levou eles a terem essa visão e cabe à nós, no dia-a-dia, estar tentando mudar isso. Só que eu penso de uma forma e você de outra, então não vai haver isso, porque eu me importo com o que eles acham, me importo com esse desrespeito que eles têm para com a equipe de enfermagem, para com a enfermeira, só que tem gente que trabalha comigo, enfermeiras que não se importam, pra elas “tanto faz, como tanto

fez”, é indiferente pra elas. Acho difícil haver mudança e eles vão continuar vendo a enfermeira, a enfermagem em si, dessa forma.”

Em outro momento reforça o seu conformismo aliado a uma sensação de inquietude.

...tem hora que eu entro em crise comigo mesma, o que eu poderia fazer para modificar isso, tem dia que eu chego em casa estressada, cansada, sob tensão porque não concordo com as coisas que acontecem no meu serviço, com os funcionários que trabalham comigo e, de repente, não posso fazer nada pra mudar...”

Enf.V

A Enf.V é formada há dez anos e meio. Trabalhou durante dois anos como enfermeira do trabalho e oito anos nesse hospital, sendo que cinco anos trabalhou como chefe da Central de Material e três anos como enfermeira do C.O. Atualmente não trabalha mais nessa instituição. Informalmente fomos notificados de que havia se demitido.

Os aspectos marcantes do seu depoimento foram: a imagem de si como vítima da instituição; a relação com a chefia de enfermagem que considera turbulenta e a representação dos funcionários especialmente os concursados como autoritários, “fofoqueiros”, “briguentos”, e que fazem “corpo mole”; em oposição à equipe médica a qual é considerada moralmente digna de ser reconhecida socialmente. Tanto que se exclui da equipe de enfermagem,

identificando-se com as pessoas que moralmente se igualam à sua posição de casada e crente. Retoma claramente aspectos do modelo vocacional, especialmente aquele preconizado por Florence - “um máximo de elevação moral” - estabelecendo uma diferença entre os moralmente decentes, portanto bons profissionais, e os moralmente indecentes considerados os responsáveis pelo desprestígio social da classe.

A nosso ver, a Enf.V ainda está fortemente ligada à identidade-papel. Por isso o comportamento dos outros é julgado pelas intenções. Há uma intensa preocupação com as aparências e em “moralizar” o ambiente de trabalho através do poder disciplinar.

A Enf.V percebia as autoridades (especialmente da supervisora) como incoerentes, autoritárias, cobradoras de exigências absurdas, o que a levava a representá-las como multifacetadas, despersonalizadas e desprovidas de capacidade administrativa e política para enfrentar os funcionários mais rebeldes. A idéia de inexistência de uma autoridade permeia o seu discurso, porque para ela, a autoridade está ligada ao autoritarismo, à percepção de que deveriam existir dominados e dominantes. O poder é caracterizado como um fenômeno que diz respeito fundamentalmente à lei ou à repressão. e o comportamento certo está ligado ao respeito à autoridade médica, à manutenção da enfermagem como serviço do médico.

*“... eu acho que é um pouco da questão de autoridade, ninguém quer ser mandado lá dentro, nem enfermeira, nem auxiliar, ninguém quer ser mandado, **ninguém quer servir os outros**. É um desrespeito à autoridade, já não consideram os médicos, os*

internos, os residentes como médicos, consideram eles apenas como estudantes, não dão valor ao que eles estão fazendo, rirem dos primeiros erros, é uma coisa muito trágica...”

Ela vislumbra, na saída do hospital, uma resolução para os seus problemas de insatisfação com a instituição, e começa a aparecer a Enf.V- explorada.

“...eu acho que o trabalho no hospital é muito massacrante... você não tem recompensa, nem financeira, nem psicológica, nem emocional, tem muita cobrança, tem mais gente pra cobrar do que pra te ajudar ou perguntar se você está precisando de alguma coisa...”

Fala primeiro do hospital, das pressões quotidianas, do excesso de trabalho, para depois falar dela, da Enf.V- explorada que não permitia que fosse a Enf.V- mãe.

“...eu chego em casa “um bagaço”, um pedaço de mulher, deito de pernas para cima, meus filhos pulam em cima de mim, eu não tenho vontade de brincar, não dá vontade de fazer nada, apenas de descansar as pernas e a cabeça, chego muito cansada, muito. É por isso que tenho pensado seriamente em pedir a conta...”

Fomos descobrindo no decorrer do seu depoimento que antes não era assim:

“...porque antes, eu trabalhava muito na Central de Material, demais mesmo e não chegava cansada desse jeito em casa. Eu ainda tinha ânimo, mas desde que estou trabalhando neste lugar a minha casa virou uma bagunça, meus armários bagunçados, minhas gavetas bagunçadas, minha casa naquela desordem, eu não tenho ânimo pra arrumar nada...”

O que mudou? nos perguntamos. A nosso ver, a Enf.V até então tinha sua identidade definida (ao menos para ela). Era chefe da Central de Material, trabalhava muito (isso não mudou, continuou trabalhando muito), mas conseguia manter sua identidade de mãe (tinha ânimo para trabalhar também em casa). Agora, sua identidade está cindida, não é chefe, não consegue ser mãe.

Por outro lado, a idéia de que a enfermagem é uma extensão do trabalho doméstico, coloca a enfermeira como a “dona de casa” do hospital, onde realiza um trabalho invisível, escondido, geralmente só percebido quando não executado. De certa forma, a Enf.V só percebeu que não conseguia ser dona de sua casa e mãe quando não tinha mais controle sobre a organização do seu lar, enfim quando não conseguia corresponder ao seu papel de esposa e mãe. Parece-nos que a sobreposição do papel de mulher (esposa e mãe) ao de enfermeira (profissional) fez com que a Enf.V encarasse a profissão como extensão do lar.

Estando o lar desestruturado, a profissão enquanto extensão, conseqüentemente desestruturou-se ou vice-versa.

A relação com a chefia de enfermagem é designada, por ela de “turbulenta” por não receber apoio político/disciplinar para enfrentar as correlações de forças no embate com o funcionário antigo de casa. Ao mesmo tempo, coloca-se como vítima, porque permite que seja explorada. Aparece, então a Enf.V- vítima:

*“A nossa relação é “turbulenta”, é muita cobrança, e também eu exigi duas vezes, precisamente duas vezes, que a funcionária fizesse uma coisa. A atendente, a S., estava na sala, eu exigi que ela fosse para a outra sala, porque o serviço naquela sala tinha terminado e tinha entrado uma emergência, primeiro eu pedi, depois eu mandei e de qualquer forma ela não foi. A D.(supervisora) chamou uma reunião com todos os funcionários pra me “por em cheque”, pra todo mundo poder dizer o que estava pensando de mim, como se eu estivesse sem trabalhar, como se eu estivesse errada, porque eu estava sendo grossa com a funcionária, que eu maltratei a funcionária...aí todo mundo aproveitou pra “lavar”, falaram que eu era grossa, que judiava deles. Depois teve mais uma vez, eu mandei a funcionária, **mandei mesmo**, primeiro eu pedi, depois eu mandei, falei: - Olha, aquela paciente quer tomar banho, você dá banho nela? Ela respondeu: - Agora não, eu não vou, não é hora de dar banho! Aí eu respondi: - Ah, você não quer*

ser mais... você não quer mais dar banho, então vá estudar pra auxiliar. Eu falei brincando, não estava nem... não era pra magoar. Mas pra quê? A D.(supervisora) chamou toda a equipe de novo pra me “malhar” porque eu estava humilhando a funcionária... sendo que isso é obrigatório, sendo que daqui a dez anos todo mundo vai ter que ser auxiliar. Então, depois dessa, eu não mando ninguém fazer nada, eu deixo tudo do jeito que está, vai trabalhar quem quiser, sabe, porque ela tirou toda a minha autoridade sobre o grupo.”

Em suma, a Enf.V resolveu “lavar as mãos”, evitar conflito porque não conseguia manter sua identidade de chefe. De certa forma, o conflito trazia à tona que essa representação não era aceita. Sua identidade, que nos tempos da Central de Material estava bem estabelecida para ela - *eu era uma pessoa que controlava, que cobrava material e reclamava muito das condições do C.O.* - quando na entrada do C.O. ficou cindida, não era mais chefe, nem enfermeira, porque “não podendo” delegar sua própria identidade se dispersou. Sobre como se manifesta a identidade em situações críticas, quando uma pessoa é confrontada com exigências que estão em contradição com as expectativas surgidas, HABERMAS (1983:78) coloca:

“Decerto, o início de uma nova vida pode significar coisas bastante diversas: à exigência de se conservar idêntico a si mesmo pode-se responder mediante uma reorientação produtiva que, para além das discrepâncias existentes, permita conservar a continuidade

da biografia e os limites simbólicos do EU. Ou pode-se salvar a pele através de uma segmentação temporal e espacial, destacando uma da outra as fases e as esferas existenciais inconciliáveis, a fim de poder fazer face às habituais exigências de consistência, pelo menos no interior desse segmentos. De quem ignora essas exigências, dizemos precisamente que sua identidade se dispersa...”

O seu início no C.O. foi bastante doloroso. De certa forma, ela não conseguia corresponder às exigências daquele grupo, decorrentes do endeusamento da prática (técnica). Além disso, por ser “conhecida” no hospital, as pessoas formaram pré-concepções que acabaram por rotulá-la de “mandona”.

“Quando eu comecei a trabalhar eu não sabia nem puncionar uma veia. Eu vim de uma Central de Material, da Enfermagem do Trabalho e comecei a ter que aprender tudo com as pessoas, aprender com a técnica, com a auxiliar, com a atendente, todas as rotinas, tudo que tinha que ser feito, eu não recebi treinamento, e isso foi muito difícil para mim...As pessoas me ajudaram, só que muita gente me disse que não queria que eu fosse para lá, que não gostavam de mim. Não conheciam a minha pessoa, mas sabiam da minha atividade na Central, que era uma pessoa que controlava, cobrava material e reclamava muito das condições do C.O. ...”

Aprender o seu ofício com as outras pessoas, especialmente com aquelas hierarquicamente inferiores a ela, não foi somente difícil, mas, a nosso ver, humilhante porque a colocava em situação de desvantagem. Quem, até então, ocupou um cargo de chefia de Central de Material, agora vê o seu status abalado pelo ingresso num novo setor.

Essa sensação de “perda” associada às relações com a chefia, que definiu de “turbulenta”, são fontes de ansiedades. No caso do C.O., onde o trabalho é submetido, de certa forma, a um ritmo imposto pelas próprias características de seu atendimento (emergenciais), podemos verificar, no entanto, que as relações hierárquicas são fonte de ansiedade que se superpõe àquela em relação ao ritmo, à produtividade ou ao rendimento.

Dessa forma, a chefia, ao utilizar-se de reuniões para expor a enfermeira, possibilita que outras pessoas digam o que pensam dela e essas “confidências” podem, então, ser usadas para uma manipulação psicológica da enfermeira, como um meio de pressão. Além disso, tornar públicas as suas “dificuldades de relacionamento” desloca o conflito do sentido vertical para o plano horizontal, ativando e reativando os conflitos e rivalidades entre os funcionários. Segundo DEJOURS (1992) a rivalidade e a discriminação asseguram um grande poder à supervisão.

A chefia, por outro lado, também elabora procedimentos defensivos contra diferentes formas de sofrimento. Evidenciamos, no depoimento da supervisora, que ela também foi testada pelos funcionários, também foi colocada em situações constrangedoras. Além do medo de não conseguir fazer adequadamente um procedimento (por exemplo, executar adequadamente e rapidamente uma

sondagem numa situação de emergência), constatamos também que ela tem medo dos funcionários que deve dirigir. Vejamos o depoimento da Enf.V:

“...a chefia tem muito medo de funcionário que é autoritário, nervoso, ela chega só naqueles funcionários que permitem ser subjugados, entendeu, que é o meu caso. Permito que judie de mim, eu sei que ela está errada, mas ela fez assim mesmo, e eu deixo isso acontecer, e com o outro, que é o “casca-grossa”, que é ruim, mau elemento não tem coragem de abrir a boca pra reclamar dele, de nada.”

Novamente ressurge a Enf.V- vítima. Já que não conseguiu fazer valer a identidade de “chefona” agarra-se a uma outra. Ou ainda, sua identidade pressupostamente era de “chefona”, mas como não foi reconhecida pelos seus pares, oculta-a na força de vítima. Se permanecesse isolada como “chefona-negada” não conseguiria uma personagem que a ligasse com o mundo do trabalho. De qualquer maneira, a Enf.V- vítima esconde a Enf.V-chefona, exigente, autoritária e (por que não?) preconceituosa. CIAMPA (1994:165) esclarece essa idéia de re-posição da identidade:

“O ser humano também se transforma, inevitavelmente. Alguns, à custa de muito trabalho, de muito labor, protelam certas transformações, evitam a evidência de determinadas mudanças, tentam de alguma forma continuar sendo o que chegaram a ser num

momento de sua vida, sem perceber, talvez, que estão se transformando numa réplica, numa cópia daquilo que já não estão sendo, do que foram. De qualquer forma, é o trabalho de re-posição que sustenta a mesmice...”

A história da Enf.V, desde a chefe bem sucedida até a vítima, mostra o fetichismo da personagem. Apesar de uma dialética de ocultamento/revelação de suas personagens chefona-explorada-vítima, todas as mudanças que sofre estão sob o domínio dessas personagens e um salto qualitativo não ocorre. CIAMPA (1994:140) esclarece que nesse ponto o indivíduo:

“...fica preso a uma infinidade, em que as contradições não se resolvem como superação, são apenas re-postas num círculo infundável até ficar a zero, o que pode ser identificado como a morte (simbólica)...”(A observação entre parênteses é nossa)

De certa forma, é assim que a Enf.V se sente - “um bagaço de mulher”, uma meia-mulher, onde a outra metade está morta (de cansaço). Isso a levou a alterar seu cotidiano de enfermeira. Não vê vida para ser vivida, não vê sentido em continuar, apenas sobreviver.

A relação com a equipe médica revela outra personagem - a Enf.V- atenciosa, solícita, sempre à disposição. Assim, a Enf.V reproduz o servilismo, característica marcante da identidade de enfermagem desde os tempos de Florence (ou até antes). Dessa forma, evita os conflitos, demarca os “arruaceiros”

dos comportados e pode ainda estabelecer uma diferença entre a enfermagem (a briguenta, a que faz “corpo mole” , a que não tem ética, a fofoqueira) e a equipe médica (que aparece como a que tem discricção, que tem ética, a autoridade que deve ser respeitada).

“...eu me acho bem aceita entre os docentes, todos me tratam super bem, nunca tivemos nenhum entrave. Agora, com os outros tem uma briga tremenda, entre a enfermagem e a equipe médica. Não acontece comigo porque eu não tenho este “pique” para brigar, muito menos com a equipe médica, não faz parte da minha formação, de faculdade, de casa, de berço. Eu aprendi a respeitar as pessoas desde cedo. Eles brigam, eles falam o que querem para os médicos, houve o que não quer, por exemplo: você quer tal coisa, vai pegar. Imagina! Eu nunca vou responder assim para uma pessoa, muito menos para um estudante de medicina. A pessoa está precisando de uma coisa, você vai lá e dá... não tem nada ali para você brigar, não teria motivo para você discutir...”

Assim, as outras enfermeiras são vistas como briguintas, desrespeitosas e coitadas - “a pobre da Enf.I, discute com os docentes, quase “se pegou de pau” com o R., com o B. com as docentes mulheres”. Parece-nos que a Enf.V não vê sentido nos conflitos, porque eles poderiam ser resolvidos com um compromisso fácil de atendimento às necessidades do outro, sem no entanto considerar as suas próprias necessidades. Além disso, ela reafirma a identidade de “moça bem

comportada” que não faz nada além de suas obrigações, respeitando quem aparentemente representa o poder.

A demarcação atinge, então, a enfermagem como um todo. Enquanto categoria feminina, a ela são atribuídas características negativas: como mulher é briguenta, fofqueira, mesquinha e apegada a coisas pequenas. Já a representação de equipe médica, enquanto masculina, aparece como educada, despreocupada com detalhes, menos briguenta, menos fofqueira, portanto é o que tem a ética⁴⁷. A representação da relação entre mulheres aparece como competitiva e desleal.

“Entre mulheres, eu vejo que as coisas são bem mais complicadas. Eu trabalhei com homens, fazia parte de uma equipe inteiramente masculina e me sentia muito melhor. Não havia fofoca, não havia discussões bobas, intrigas, inveja... os homens são muito diferentes, eles guardam segredo, eles não esparramam, a mulher não, é aquele ‘tropé’, qualquer coisa elas contam(...) acho que na enfermagem essa coisa de falar demais é mais acentuada, porque não tem tanta ética, agora a equipe médica não, eles tem uma ética a seguir, é tudo mais sublinear, mais escondido, entendeu?”

Para a Enf.V, os colegas de trabalho não a respeitam, não respeitam a chefia e nem a equipe médica. Sempre arranjam um jeito de trabalhar menos, “encostando” naquele que trabalha.

⁴⁷Aqui entendida como “guardar-segredos”

“No cotidiano é assim, aquele que ganha menos fala assim: - ”Fulano”, vai fazer tal coisa porque eu ganho menos, você é que tem que fazer ou então: - Ah, a enfermeira que ganha mais, ela que vá fazer , ela tem que trabalhar mais... é aquela disputa pra saber quem vai ser o mais chato, quem vai ‘encostar’ mais no outro.”

A Enf.V ainda acrescenta uma certa intimidade exagerada entre algumas funcionárias e a equipe médica, retomando o antigo paradoxo anjo branco/mulher fatal.

“...vejo como eles tratam, você vê eles tomando certas liberdades com as funcionárias, coisa de ‘baxaria’ de libertinagem, por exemplo: -Ah, como você tá gostosinha hoje! Não é coisa de falar no serviço. Sabe, passar mão, inclusive eu já vi até... eu não vi beijo, mas vi o antes e o depois, lá dentro do C.O. quem chegou nesse meio tempo viu até beijo. Já comigo não ocorre isso, porque eu sou crente, casada, comigo não tem nenhum tipo de liberdade, se falar qualquer vírgula, eu já ponho todo mundo no seu lugar. A gente sabe pela vida de cada uma ali, que tirando eu e mais uma que é casada, religiosamente, todas as outras são amasiadas, mães solteiras, pessoas de vida não muito fidedigna, de confiança.”

BRETAS (1994:71), analisando a questão da religião e sua influência na profissão coloca que a profissão ainda é tratada como “vocação”, e, muitas vezes, os enfermeiros são cobrados a possuírem determinados “dogmas” para poder

exercer a profissão. Destaca, no entanto, outros depoimentos que revelam uma visão crítica da interferência da religião na profissão. Os depoentes apontam, entre outras, a submissão e a docilidade, ou seja, o cunho religioso visto de um ponto de vista negativo.

Percebemos, pelos outros depoimentos, que há uma tendência de eliminar a distância enfermagem-medicina por um tratamento mais informal. Então, muitas enfermeiras acham desnecessário chamar o médico de “doutor” na busca de uma quebra da tradição, do padrão; tirar o doutor o aproxima delas, faz dele menos diferente. Já outras enfermeiras preferem manter a distância seja para eliminar qualquer possibilidade de ligá-las a imagem de mulher profana, seja para manter inalterado a relação de sujeição com quem, aparentemente representa o poder.

A persistência desse estereótipo profano/santo incide em divergências entre as enfermeiras de como se relacionar com o médico. Com a Enf.V em questão percebemos uma visão preconceituosa de uma aproximação com a equipe médica, pelo fato de essa aproximação ligar-se a um relacionamento mais íntimo, quase promíscuo. Vejamos o seu relato:

“...eu mesma presenciei uma atendente de enfermagem marcando encontro com o médico na porta do serviço, marcando encontro não para fora do serviço, ali mesmo nos quartos dos médicos...”

Talvez, por esse fato, chamou-nos a atenção a tentativa de fazer da enfermeira uma profissional diferente e de supervalorizar a assistência prestada por ela. Segundo alguns autores que tratam a respeito da problemática da identidade, somente quando o indivíduo se “descola” da identidade de papel é que adquire a capacidade de julgar, isto é, de considerar e fundar normas com bases em princípios interiorizados não podendo mais ligar sua identidade a papéis singulares e a normas preexistentes. Quando abandona suas identidades precedentes, a identidade papel é substituída pela identidade do EU (HABERMAS,1983). A personagem enfermeira que “queremos” destacar, diferenciar das outras categorias abarca somente um aspecto da identidade, aquele que nos distingue, aquilo que buscamos ser próprio de nós mesmos. Mas identificar também é confundir, unir, assimilar. Acreditamos que não é buscando a diferença que a enfermeira consegue o reconhecimento social a que tanto aspira. Concordamos com LUNARDI (1994:8) em que essa tentativa de diferenciação poderia não surtir os efeitos desejados, inclusive comprometendo as relações de enfermeira com os demais elementos da equipe. A luta pelo reconhecimento social não deve ser esquecida, mas o caminho para alcançá-lo não é esse, porque não é se impondo como diferente que o alcançará. Qual o caminho, então? Segundo HABERMAS (1983:25) é primeiramente buscando a identidade do EU, que está acima de todas estas coisas.

“O Eu, então, pode conservar diante de outros sua identidade, dando expressão - em todos os desempenhos de papel relevantes - à relação paradoxal através da qual ele é igual ao outro e, ao mesmo

tempo, absolutamente diverso dele, e representando a si mesmo como o sujeito que organizou suas interações num contexto biográfico e inconfundível.”

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa focalizou a identidade da enfermeira, tendo como cenário o hospital universitário e as relações aí inseridas, quando analisamos a atuação profissional da enfermeira, a interação com os demais elementos da equipe de saúde e o efeito das estruturas da organização na construção da sua identidade profissional.

A proposta constituiu-se partindo de depoimentos da equipe de saúde a saber: diretora do serviço de enfermagem, supervisora do setor Centro Obstétrico, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem e equipe médica que atuam no hospital de ensino para primeiramente apreender a prática destes sujeitos e posteriormente explorar os movimentos da identidade da enfermeira a partir das práticas institucionais.

Através deste estudo, pudemos vislumbrar a forma pela qual as questões do gênero, do poder, as determinantes próprias de trabalho da enfermeira e os limites impostos pela organização hospitalar se inscrevem na subjetividade da enfermeira que convive quotidianamente com situações que tendem moldar esta mesma subjetividade a favor da instituição.

Acreditamos que a enfermeira vive uma “crise de identidade” que manifesta uma não aceitação de modelos de subordinação determinados pelo “dever-ser” enfermeira, uma revolta contra aquilo que não merece mais ser vivido, ainda que abafada por uma profissão ligada as relações sociais de sexo, e aí inseridas as relações de poder, portanto influenciada pela condição de ser mulher e enfermeira.

Constatamos que a “crise de identidade” da enfermeira, no contexto hospitalar por nós estudado é reflexo da própria indefinição de seu espaço entendido como o lugar de inserção ou ação social da enfermeira. A sensação da enfermeira não saber quem é, decorre, por uma lado, da percepção de estar inserida em uma instituição que lhe impelia uma multifuncionalidade, ou seja, o exercício da várias funções quase que simultaneamente, o que lhe imprimia a identidade-suposta de enfermeira- “toca-serviço”, “quebra-galho”, responsável-por-tudo”, enfim super profissional que tudo deve saber e tudo deve fazer. No entanto, a enfermeira internaliza essa responsabilidade sentindo-se realmente responsabilizada por tudo que a rodeia como se isto a fizesse importante para ela mesma e essencial para o serviço. Por outro lado, as enfermeiras se queixam de estarem sujeitas à alterações na sua rotina, na quase impossibilidade de organizarem o seu dia-a-dia de trabalho, o que se agrava com

as características emergenciais do atendimento à parturiente e a intensificação do ritmo de trabalho.

A análise quantitativa das horas-extras nos levaram a concluir que elas não excedem 10% da jornada de trabalho das enfermeiras, portanto a sobrecarga de trabalho, evidenciada nos depoimentos se deve também a intensificação do ritmo de trabalho decorrente do desequilíbrio pessoal x atendimento. Não podemos descartar que o hospital de ensino tem interesses acadêmicos em atender mais e casos mais complexos visando o aprendizado do aluno de medicina, além de ser referência para o restante da rede do SUS (Sistema Único de Saúde).

O exercício de sua função - enfermeira - pode ser um elemento facilitador ou, ao contrário, obstaculizador do desenvolvimento da consciência, um das categorias fundamentais para a discussão da identidade. Exercendo uma profissão dita feminina, a enfermeira sofre as opressões de classe, de gênero com também de todo um corpo de ideologias construídos ao longo da história de sua profissionalização que insistem em colocá-la na condição de sombra discreta e subordinada, portanto de imprimir-lhe uma identidade submissa / subumana. Exercendo a profissão no contexto por nós estudado, vimos que a enfermeira internaliza a responsabilidade por todos os problemas do setor, a super-profissional que não deixa de ser subumana. Podemos dizer que a enfermeira é “consciente” de suas responsabilidades para com o seu trabalho, mas este termo consciência, segundo GARCIA(1994), no senso comum, ganhou outros significados, transmutando-se em palavra vinculada à produção, ao trabalho, ao capital. Acreditamos que a enfermeira perdeu-se nos meandros da estrutura sócio-política-econômica do hospital, por que assume as responsabilidades frente

aos contextos que vivencia, mas esquece-se de si mesma, dos seus desejos e aspirações. “Despossuído do próprio desejo, o indivíduo abandona a trajetória que previra para si próprio, perde a consciência de sua própria situação...”. (Op.cit.:148)

Mas, se por um lado, é sobre o exercício de sua função que a consciência se processa, por outro lado é da vivência cotidiana desta mesma atividade, da reflexão da mesma, que esta experiência se subjetiva. Portanto, atividade e consciência são indissociáveis(GARCIA,1994). Tanto que, acreditamos que a sensação de opressão das enfermeiras, evidenciada nos seus depoimentos, já um esboço de uma consciência por que buscar o entendimento dela é, antes de tudo, “desnudar”os vários níveis de opressão aos quais a enfermeira está sujeita. A enfermeira sente-se sufocada, como se faltasse ar para respirar, vida para viver, trabalho a produzir, por que não só o produto do seu trabalho lhe é negado com também a essência do próprio trabalho, uma vez que não pode andar com suas próprias “pernas” e sim com as “pernas” do outro, seja o médico, a chefia ou a própria instituição.

Ao nosso ver, os estereótipos da profissão a saber: ser mulher, ser submissa, ser caridosa, ser dedicada, especialmente frente à equipe médica e contrariamente ser autoritária, ser rígida, ser disciplinada e disciplinadora, especialmente frente à equipe de enfermagem e os pacientes; se transformam em aspectos intrínsecos da profissão, por que são determinados e reforçados por ela mesma e por aqueles que convivem o cotidiano de trabalho no hospital. Acreditamos que estes aspectos carregam muito mais pontos negativos do que positivos. Todos determinam como a enfermeira deve agir, obrigando a se

enquadrar neles, independente de sua vontade e das condições em que atua como enfermeira.

Além disso, se, por um lado estes aspectos excluem e estigmatizam aqueles que se desviam da regra, por outro lado, estes mesmos atributos são concebidos com intrínsecos à mulher, portanto aparecem mais como qualidades do que qualificação. O trabalho da enfermeira, sobre este ponto de vista, é extensão do trabalho doméstico, portanto, como este é desvalorizado tanto no mundo do trabalho como subjetivamente para a própria enfermeira, que adquire uma baixa auto-estima e um descrédito em relação ao seu potencial.

A enfermeira, assim docilizada e normatizada é um sujeito aprisionado pelo poder disciplinar, por que o seu exercício não visa apenas a sujeição dos corpos, mas a alma também é aprisionada pelo poder, adestrando e moldando sua subjetividade a abdicar de sua individualidade para incorporar os valores e normas da própria profissão, que são muito bem utilizados pela instituição hospitalar.

Os estereótipos amplamente disseminados de que a enfermeira, no contexto hospitalar é auxiliar do médico ou rival dele ocultam relações de poder que estreitam cada vez mais o espaço da enfermeira, ao mesmo tempo que determinam a identidade-suposta da enfermeira submissa, normatizada pelas relações sociais. Essa identidade é, então, interiorizada pela enfermeira e ela, assim, reproduz a identidade-mito enfermeira-padrão- aquela que auxilia e cumpre ordens. Dessa forma, as enfermeiras são socializadas sob o égide da submissão, abnegação e disciplinarização, incorporando aquilo que lhe é atribuído- sua identidade de papel.

Os conflitos decorrentes desta histórica disputa entre médicos e enfermeiras pelo domínio do saber sobre o paciente só vão ser superados quando a enfermeira se descolar do rótulo de “empregadinha de médico” e assumir uma identidade do Eu, independente das pessoas e objetos de referências e, construir acima desse conflito, novas modalidades de assistência, que a partir daí terão a marca registrada de sua individualidade. Não acreditamos, nem num confronto direto, nem em uma submissão velada, mas em um enfrentamento primeiramente de si mesma, no sentido de (re)construir o sujeito enfermeira, um ser inconfundível em suas singularidades para posteriormente construir espaços de liberdade e autonomia que para LUNARDI(1994:265) são “entendidos como alternativas de trajetórias possíveis de serem assumidas por sujeitos com desenvolvimento moral com moral autônoma, descentrada da fala e do controle da autoridade externa”.

Seria possível falar em metamorfose? Acreditamos que sim. Os movimentos de resistência só serão gerados, se, antes de tudo, houver questionamentos com a realidade e o cotidiano que circunda e atravessa o universo da enfermeira. Eles devem emergir da própria rede de poder, por que o poder não é externo às relações sociais, e aí inseridas as relações de trabalho; mas praticados no cotidiano, nas pequenas, discretas e transitórias formas de resistência, por que é a partir das pequenas mudanças qualitativas no “ser” enfermeira que conseguiremos um salto quantitativo, quando, então se tornará concreto a aspiração de relações de trabalho que levem em consideração a liberdade de ação do outro.

A liderança da equipe, tão aspirada pelas enfermeiras, deve ser (re)pensada no sentido de descolá-la da idéia de autoritarismo, disciplinarização e sujeição da equipe. Vimos que esta grande maioria (auxiliares e atendentes) não são tão silenciosos assim. Há tempos vem resistindo ao uso abusivo do poder, através de várias estratégias, ao mesmo tempo que utiliza essas mesmas estratégias para imprimir na enfermeira a identidade de “por-a-mão-na-massa”. Assim, enfermeira e equipe começam uma relação armados de “pedras na mão” prontas para serem lançadas no momento propício. Acreditamos que primeiramente a liderança deve ser entendida como um processo a ser conquistado e não imposto e depende muito das enfermeiras, no sentido de (des)construir essa imagem a partir da conscientização de que parte deste autoritarismo oculta nossa incompetência política ao lidar com a equipe, especialmente quando esta é antiga de casa.

Ao nosso ver, à medida em que a enfermeira recuperar sua auto-estima, acreditar em si mesma, poderá, talvez, num segundo momento construir uma relação com a equipe de enfermagem livre das “amarras” das pré-concepções e principalmente, levando em conta que os anos de trabalho na instituição possibilitaram ao funcionário antigo de casa conquistar um espaço que deve ser respeitado ao mesmo tempo em que a enfermeira, com certeza, encontrará o seu espaço, enquanto líder da equipe de enfermagem. Quem sabe, desta nova relação nasça uma nova enfermagem, mais preocupada com a essência do que com as aparências, menos “armada” na relação com outro, quando então possíveis dominados e possíveis dominadores busquem um exercício de poder que não vise a sujeição mas a autonomia e a manutenção da liberdade dos sujeitos.

VI. ANEXOS

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, J.A.G. **Metáfora da desordem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978
- ALBUQUERQUE, J.A.G., RIBEIRO, A.E. **Da assistência à disciplina: o programa de saúde comunitária**. Departamento de Ciências Sociais, FFLCH-USP, 1979
- ALBUQUERQUE, J.A.G. **Instituição e poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1980
- ALMEIDA, M.C.P., ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986
- ANGERAMI, E.L.S., PUNTEL DE ALMEIDA, M.C. O enfermeiro no seu “espaço”. **Educ. Méd. Salud**, v.17, n.2, p.150-160, 1983
- ARAÚJO, M. J. S. Trabalho invisível-corpo marcado: uma equação a ser resolvida. **Informativo ABEn**, v.36, n.2, p.8, 1994
- BAGNATO, M.H.S. As relações de saúde/poder institucional na estrutura hospitalar: a medicina, a enfermagem e o paciente. **Pro-posições**, v.4, n.3[12], p.74-79, 1993
- BAGNATO, M.H.S. **Licenciatura em enfermagem: para quê?**. Campinas: Faculdade de Educação. Unicamp. (Tese- Doutorado), 1994
- BERGER, P.I., LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- BLAU, M.P. O estudo comparativo das organizações. In: CAMPOS, E.(org). **Sociologia da burocracia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

- BLAY, E.A. Contradições que envolvem a trabalhadora qualificada. **Centro de Estudos Rurais e Urbanos(CERU)**, n.8, p.68-81, 1975
- BRASIL - MEC. Parecer CFE no. 3.814. Habilitações Profissionais na área de saúde, **Documenta**, n.192, p.17-32, nov, 1976
- BRASIL - MEC. Parecer CFE no. 7/77. Habilitações Profissionais na área de saúde, **Documenta**, n.197, p. 191-192, abr, 1977
- BRASIL - MEC. Parecer CFE no. 8/77. Habilitações Profissionais na área de saúde, **Documenta**, n.197, p. 192-193, abr, 1977.
- BRASIL - MEC. Projeto de Lei no 1.603/96. Dispõe sobre a educação profissional, a organização da rede federal de educação profissional e dá outras providências.
- BRASIL - MEC/ Informativo da TV-Educativa. Reforma do ensino técnico. abril. 1996.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no sec. XX**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980
- BRÊTAS, A. C. P. **As enfermeiras, o poder, a história: um estudo exploratório sobre mentalidades**. Campinas: Faculdade de Educação. Unicamp. (Dissertação-Mestrado), 1994.
- CAMPOS, E.(org.) **Sociologia da burocracia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978
- CARAPINHEIRO, G. Cenários de estratégias médicas no hospital. **Rev. Crítica de Ciências Sociais**, n.23. p. 141-156, set, 1987
- CASTRO, N. T. **Autoridades, profissionais de saúde e pacientes: a odisséia do psicólogo na saúde pública**. Campinas: Departamento de Psicologia Clínica. PUCCAMP. (Dissertação de Mestrado), 1993.
- CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- CHAUVENET, A. Professions hospitalières et division du travail. **Sociologie du Travail**, Paris, v.13, n.2, p.145-163, avr/juin.(número spécial: Les professions), 1972.
- CIAMPA, A.C. **A estória de Severino e a história de Severina**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1994
- CIAMPA, A.C. Identidade. In: LANE, S.T.M. e CODO, W. (orgs.). **Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense. p.58-75, 1992.

- COCCO, M.I.M. **A ideologia do enfermeiro: prática educativa em saúde coletiva.** Campinas: Faculdade de Educação. Unicamp. (Dissertação de Mestrado), 1991.
- CODO, W. Relações de trabalho e transformação social. In: LANE, S.T.M. e CODO, W. (orgs.). **Psicologia social.** São Paulo: Brasiliense. p.136-151, 1992.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM **A força de trabalho em enfermagem: o exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil:1982/1983.** Rio de Janeiro: COFEN. V.1, 1985
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil: enfermagem no contexto institucional:1982/1983.** Rio de Janeiro: COFEN. V.2, 1986.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM **Código de ética dos profissionais de saúde.** São Paulo: COREN, 1993.
- COSTA, J.F. **Violência e psicanálise.** Rio de Janeiro: Graal, 1984
- DEJOURS, C. Introdução à psicopatologia do trabalho. **Tempo Social: Rev. Social USP,** São Paulo, v.1, n.2, p.73-103, 1989.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho.** 5.ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- DEMARTINI, Z.B.F. Trabalhando com relatos orais: reflexões a partir de uma trajetória de pesquisa. **Centro de Estudos Rurais e Urbanos(CERU),** série 2, n.3, p.42-60, 1992
- DICIONÁRIO Ilustrado de Língua Portuguesa** 5.ed. Instituto Brasileiro de Edições Pedagógicas, 1971
- ECO, U. **Como se faz uma tese.** 9.ed. São Paulo: Perspectiva, 1992
- FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio básico de língua portuguesa.** São Paulo: Nova Fronteira/ Folha de São Paulo, 1988.
- FISCHER, G.-N. Espaço, identidade e organização. In: CHANLAT, J-F.(Coord.). **O indivíduo na organização.** São Paulo: Atlas. V.2, p.82-102, 1994.
- FONSECA, T.M.G. De mulher à enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas. para.63-75, 1996.
- FRAGA, M.N.O. **A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência.** São Paulo: Cortez, 1993

- FOUCAULT, M. **Nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Florence-Universitária, 1977.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir.** 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1986
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade do saber.** 10.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- GARCIA, S.S. **Worktown, as prisioneiras da modernidade: estudo psicossocial sobre as secretárias executivas do Centro Empresarial de São Paulo.** São Paulo: Departamento de Psicologia Social. PUC. (Dissertação-Mestrado), 1994.
- GASTALDO, D.M., MEYER, D.S. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. **Rev. Bras. Enf.**, v.42, n.1/4, p.7-13, jan./dez, 1989
- GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1985.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1993.
- GIR, E. et.al. **Funções e papel: estudo da terminologia.** s.i. (mimeo).
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- GOULDNER, W.A. Conflitos na teoria de Weber. In: CAMPOS, E. (org.). **Sociologia da burocracia.** 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GUIRADO, M. **Instituição e relações afetivas.** São Paulo: Summus, 1986
- GUIRADO, M. **Psicologia institucional.** São Paulo: EPU, 1987.
- HABERMAS, J. **Para a reconstrução do materialismo histórico.** São Paulo: Brasiliense, 1983.
- HELOANI, J.R. **Modernidade e identidade: os bastidores das novas formas de exercício do poder sobre os trabalhadores.** São Paulo: PUC. (Tese-Doutorado), 1991a.
- HELOANI, J.R. A revista da organização científica e o discurso taylorista na década de 30. **Cadernos de Jornalismo e Editoração**, v.12, n.28, p.101-119, dez, 1991b.

- HELOANI, J.R. **Organização do trabalho e administração: uma visão multidisciplinar.** São Paulo: Brasiliense, 1994.
- HELOANI, J.R. **Condições de trabalho e saúde: o papel da comunicação.** Palestra proferida no Seminário- Condições de trabalho e saúde: o papel da comunicação. Dia 24 de maio. Escola de Comunicações e Artes. USP, 1996.
- KANAANE, R. Representação social do trabalho e do trabalhador. In: KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações.** São Paulo: Atlas. p.71-83, 1995.
- KERGOAT, D. Da divisão do trabalho entre os sexos. **Tempo Social: Rev. Sociol. USP**, v.1 n.2, p.73-103, 1989.
- KINARD, J.L. et. alli. Sexual harassment in the hospital industry: an empirical inquiry. **Health Care Manage Rev.**, v.20, n.1, p.47-53, 1995.
- LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica.** 2.ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- LOBO, E.S. Experiências de mulheres: destinos de gênero. **Tempo Social: Rev. Sociol. USP**, v.1, n.1, p.169-182, 1989.
- LOPES, M.J.M. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. **Rev. Bras. Enf.**, v. 41, n.3/4, p.211-217, jul./dez, 1988.
- LOPES, M.J.M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas. p.55-62, 1996a.
- LOPES, M.J.M. O sexo no hospital. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas. p.76-105, 1996b.
- LOROUSSE, D. **Grande enciclopédia.** Rio de Janeiro: Delta, 1975.
- LOYOLA, C.M.D. **Os doce(i)s corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar.** Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio de Janeiro. (Dissertação-Mestrado), 1984.
- LUDKE, M., ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986
- LUNARDI, V.L. **Fios visíveis/invisíveis na processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira.** Porto Alegre: Faculdade de

- Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Dissertação-Mestrado), 1994
- LUZ, M.L. **As instituições médicas no Brasil**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986
- MARTINS, H.H.T.S. Técnicas qualitativas e quantitativas da pesquisa: oposição ou convergência ? **CERU**, ser.2, n.3, p.166-170, 1991.
- MASSI, M. **Vida de mulheres: cotidiano e imaginário**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- MELO, C. **A divisão do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.
- MENZIES, I. **O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. (mimeo.), 1970.
- MEYER, D.E. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar/ maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas. p.63-78, 1995.
- MEYER, D.E. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas. p.41-51, 1996.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/ Abrasco, 1992.
- NAKAMAE, D.D. **Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão**. São Paulo: Cortez, 1987.
- PAGÉS, M. et alli **O poder das organizações: a dominação das multinacionais**. São Paulo: Atlas, 1987.
- PENTEADO, A.F.C.et.alli Hospital aberto: uma síntese possível. Projeto Hospital Aberto. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde. **Cadernos CEFOR**, Série Textos, n.10, 38p., 1992.
- PERREAULT, M. A diferenciação sexual no trabalho: condições de trabalho diferentes ou uma questão de sexo ?. In: CHANLAT, J-F.(coord.) et alli. **O indivíduo na organização**. São Paulo: Atlas. V.2, p.234-251, 1994.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

- QUEIROZ, M.I.P. **Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva.** São Paulo: T.A.Queiroz, 1991
- RIBEIRO, A.I.M. **A educação feminina durante o século XIX: o Colégio Florence de Campinas.** Campinas: Faculdade de Educação. Unicamp. (Tese-Doutorado), 1993.
- RIBEIRO, H.P. **O hospital: história e crise.** São Paulo: Cortez, 1993.
- RIZZOTTO, M.L.F. **(Re)viendo a origem da enfermagem profissional no Brasil: a escola Anna Nery e o mito da vinculação com a saúde pública.** Campinas: Faculdade de Educação. Unicamp. (Dissertação-Mestrado), 1995.
- ROSA, M.I. Subjetividade e poder: trabalhador profissional, antigo de casa. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DO TRABALHO, 2. **Anais.** São Paulo : FEA/USP. p.409-421, 1991a.
- ROSA, M.I. **Trabalho, subjetividade e poder.** São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. USP. (Tese-Doutorado), 1991b.
- ROSA M.I. A produção da violência no corpo do trabalhador. **Pro-posições Rev.,** Campinas, v.3, n.2[8], pp.41-50, jul, 1992.
- ROSA, M.I. **A (re)qualificação do ser trabalhador: educação e reeducação moral.** Campinas: Faculdade de Educação. Unicamp. (Projeto de pesquisa-mimeo.), 1993.
- ROSSI, M.J.S. O curar e o cuidar- a história de uma relação(um ensaio). **Rev.Bras.Enf.,** v.44, n.1, p.16-21, jan./mar, 1991.
- SATOW, S.H. **Processo de formação de identidade do militante-político-revolucionário deficiente físico.** São Paulo: PUC. (Dissertação-Mestrado), 1988.
- SATOW, S.H. **Projeto de ser gente: a construção da identidade na exclusão.** São Paulo: PUC. (Tese-Doutorado), 1994.
- SCHVINGER, A., PRADO, D., CASTRO, J. Secretária- uma ambigüidade em feito de profissão. **Cad. Pesq.,** São Paulo, v.54, p.85-97, agosto, 1985.
- SEGNINI, L.R.P. **A liturgia do poder: trabalho e disciplina.** São Paulo: EDUC, 1988.
- SEGNINI, L.R.P. Feminização do trabalho bancário. In: BRUSCHINI,C., SORJ, B.(orgs.). **Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas. p.37-66, 1994.

- SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1986.
- SINTEPS (Sindicato dos trabalhadores do Centro Estadual de Educação Tecnológica “Paula Souza”). Manifesto em defesa da educação profissional. São Paulo, 27 de março de 1996.
- SINTEC/SP (Sindicato dos técnicos industriais de nível médio do Estado de São Paulo). Manifesto sobre a educação profissional, em defesa do ensino técnico/tecnológico e da cidadania, 1996
- SOBRAL, V. O poder visível da chave ou a chave invisível do poder ? **InformABEn**, Seção Goiás, v.3, n.6, p.4, nov, 1995.
- SOLER, E.V. **Processo de socialização na enfermagem:** as representações no cotidiano da prática hospitalar. Campinas: Faculdade de Educação. Unicamp. (Dissertação-Mestrado), 1993.
- SPINK, M.J.P. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v.5, n.10, p.24-43, jul, 1985.
- SPINK, M.J.P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.300-308, jul./set, 1993.
- TEIXEIRA, B.J. **Influência dos estereótipos nos julgamentos do selecionador de pessoal.** São Paulo: FGV/EAESP. (Dissertação -Mestrado), 1994.
- THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.** São Paulo: Polis, 1980.
- TREVISAN, M.A. **Enfermagem hospitalar:** administração e burocracia. Brasília: UnB, 1988.
- TRIGO, M.H.B., BRIOSCHI, L.R. Interação e comunicação no processo de pesquisa. **CERU**, ser.2, n.3, p.30-41, 1992.
- UDY JR., H.S. “Burocracia” e “racionalidade” na teoria weberiana da organização: um estudo empírico. In: CAMPOS, E.(org). **Sociologia da burocracia.** 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Reitoria **Portaria GR-78/91:** Define a estrutura e os objetivos do Centro de Atenção Integral à saúde da mulher. Campinas : Unicamp, 1991.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS Reitoria **Portaria GR-118/94:** Recomenda a revisão da estrutura dos custos organizacionais e determina a necessidade de racionalização e contenção de gastos, objetivando a adequação das despesas às receitas. Campinas : Unicamp, 1994.

VALE, I.N. **A organização sistêmica do Serviço de enfermagem em neonatologia do CAISM/Unicamp.** São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. (Dissertação-Mestrado), 1989.

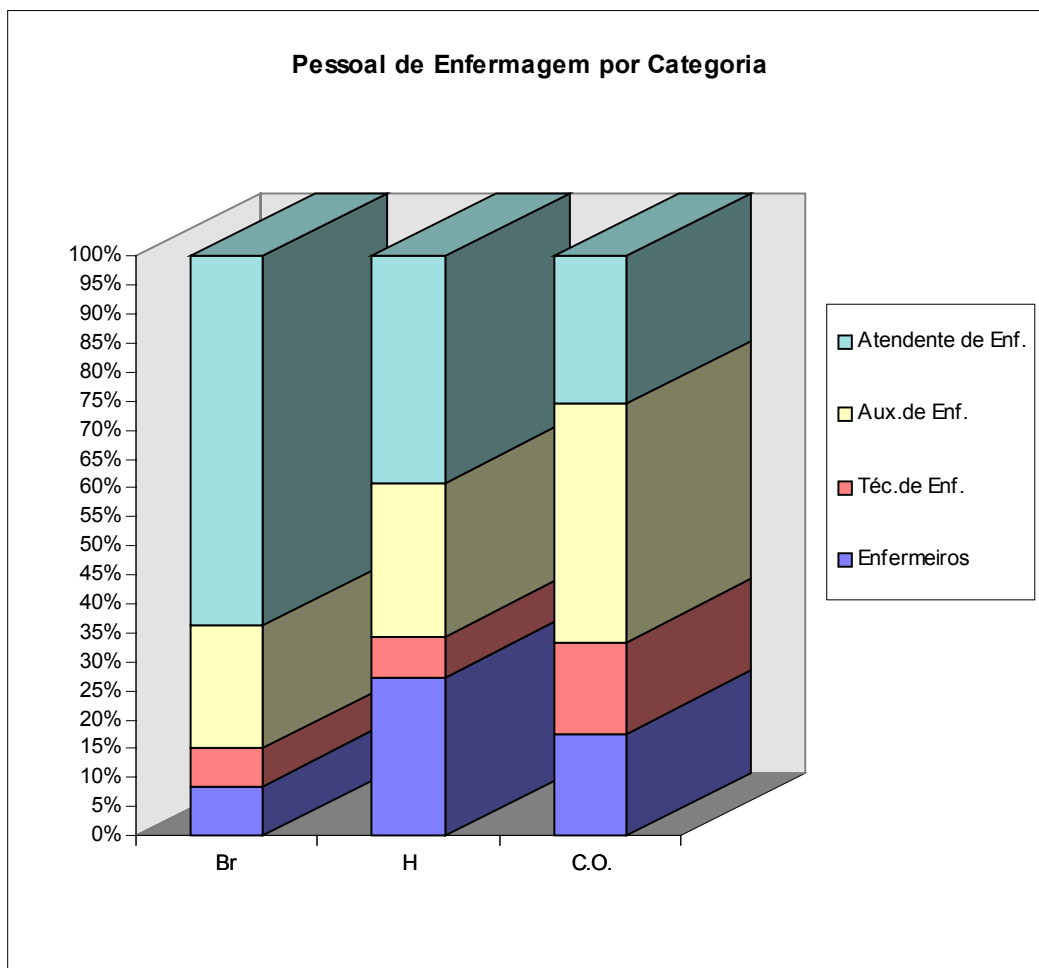
WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M., MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar:** a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V.R. A opressão na enfermagem: um estudo exploratório. In: LOPES, M.J.M., MEYER, D.E., WALDOW, V.R. **Gênero e saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas. p.106-132, 1996.

VI. ANEXOS

Anexo 1

Gráfico 1 - Pessoal de Enfermagem por Categorias
 Brasil. 1983 (Br)* - Hospital Estudado. Mês Agosto/95 (H) e C.O. Mês
 Novembro/95 (C.O.)**



Comentário:

Com a Lei do Exercício Profissional, aprovada em 1986, que prevê um prazo de 10 anos para a profissionalização do atendente de enfermagem, a tendência é haver inicialmente um equilíbrio entre este e o auxiliar de enfermagem para posteriormente o número de atendentes ir reduzindo gradualmente. Pode-se notar que no hospital estudado este equilíbrio já se manifesta. Em relação às enfermeiras, observamos também proporcionalmente um equilíbrio com as auxiliares e atendentes de enfermagem em comparação com os dados do Brasil em 1983.

* Fonte: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (1985). A força do trabalho em enfermagem: o exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil. 1982/1983. Rio de Janeiro. COFEN V.1 p.37.

** A frequência varia mensalmente de acordo com as aposentadorias, demissões, admissões e transferências conforme orientação da Divisão de Enfermagem do hospital, que nos forneceu todos os dados deste gráfico e das tabelas e gráficos a seguir.

Gráfico 2 - Pessoal de Enfermagem por categorias segundo sexo
C.O. mês novembro/95

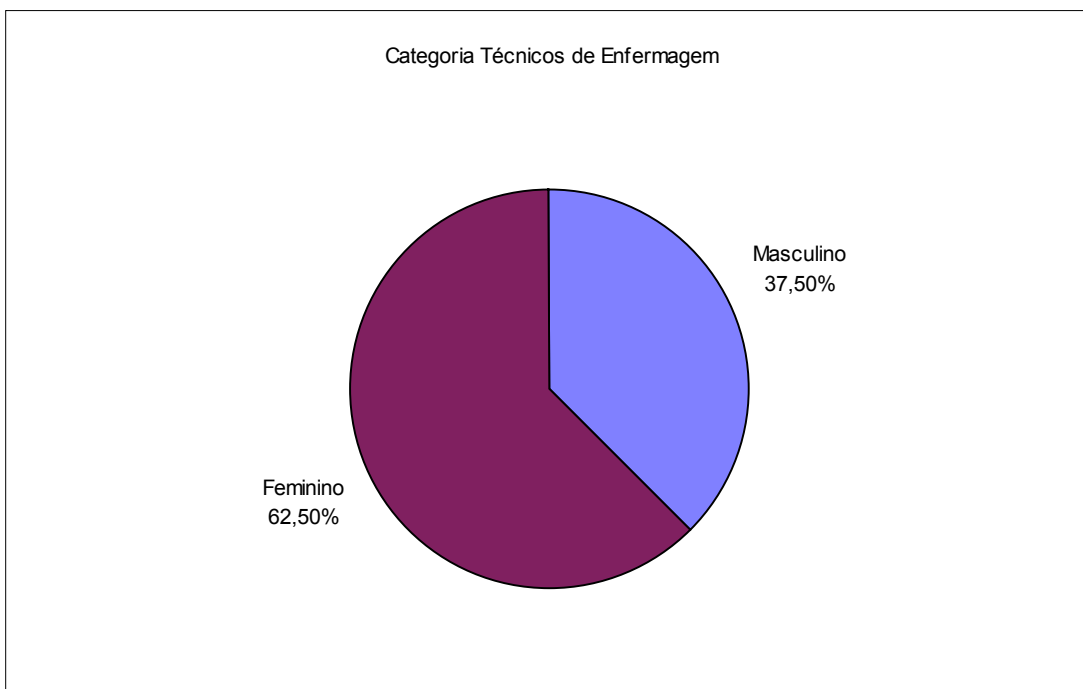
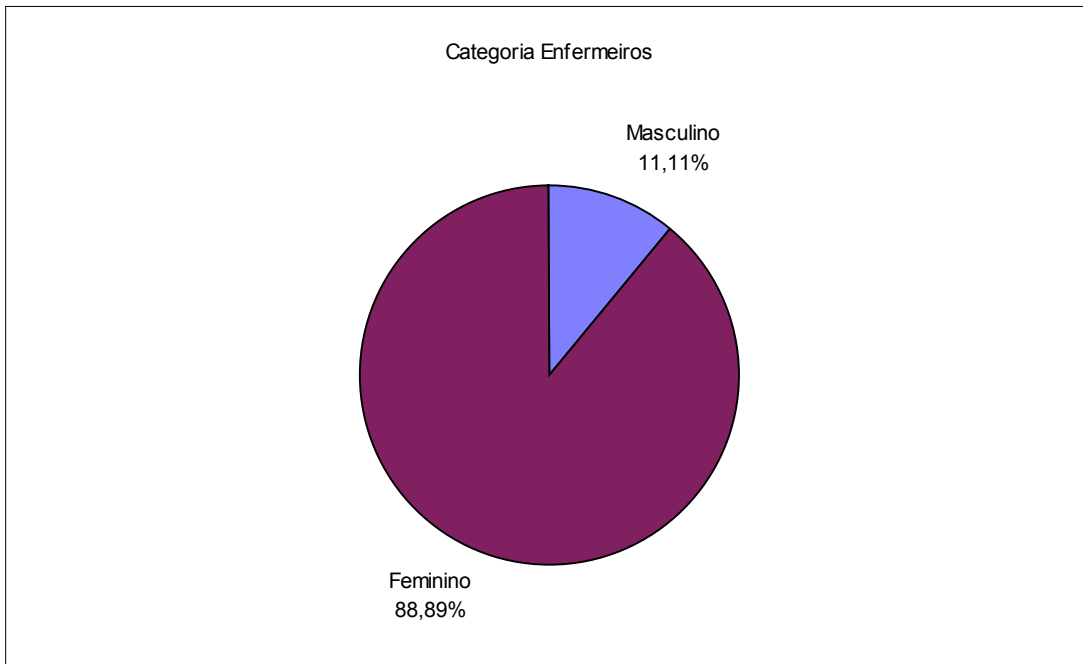
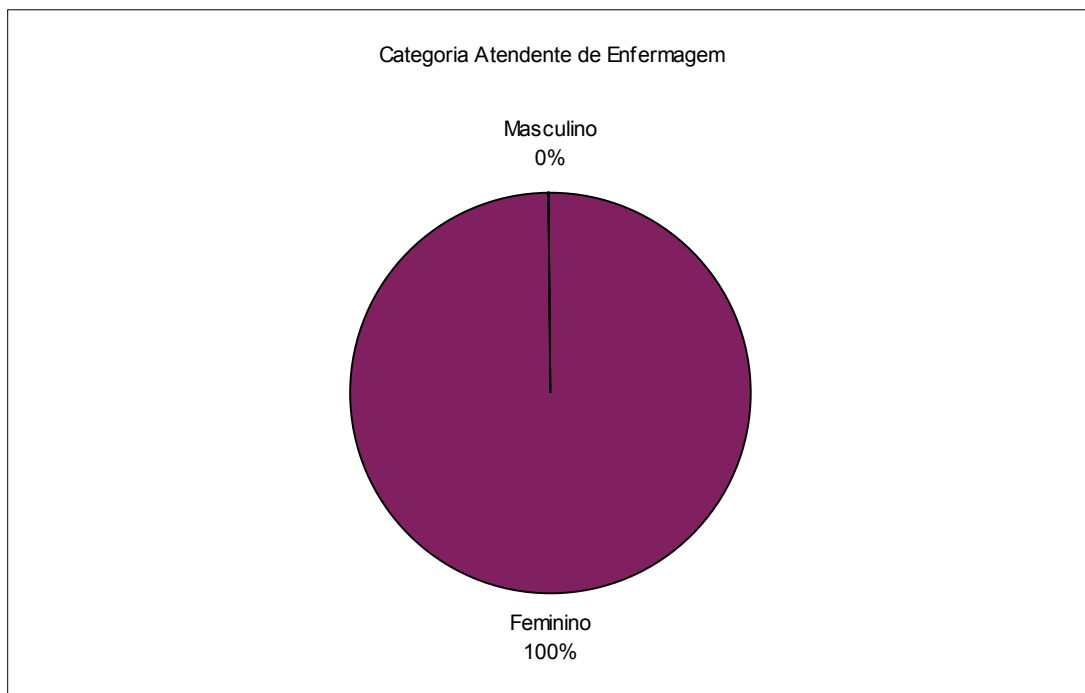
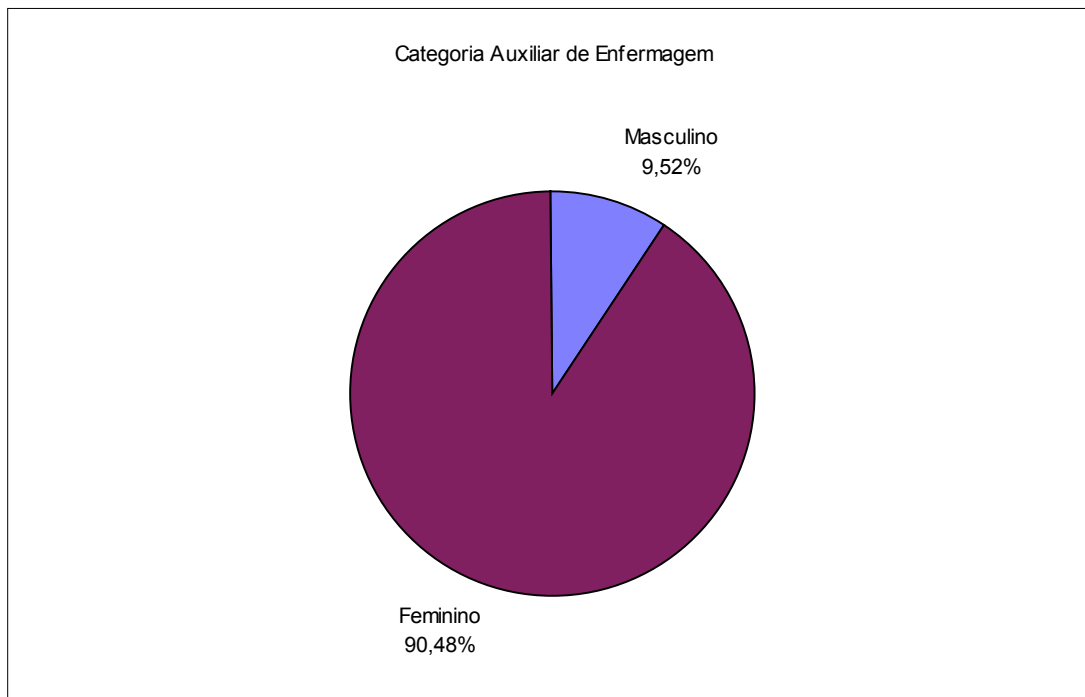


Gráfico 2 - Pessoal de Enfermagem por categorias segundo sexo
C.O. mês novembro/95



Comentário:

É marcante ainda o contingente feminino na enfermagem, com exceção do técnico que apresenta 37,5% de profissionais do sexo masculino.

Gráfico 3 - Pessoal de Enfermagem por categoria segundo grupo de idade. C.O. mês novembro/95

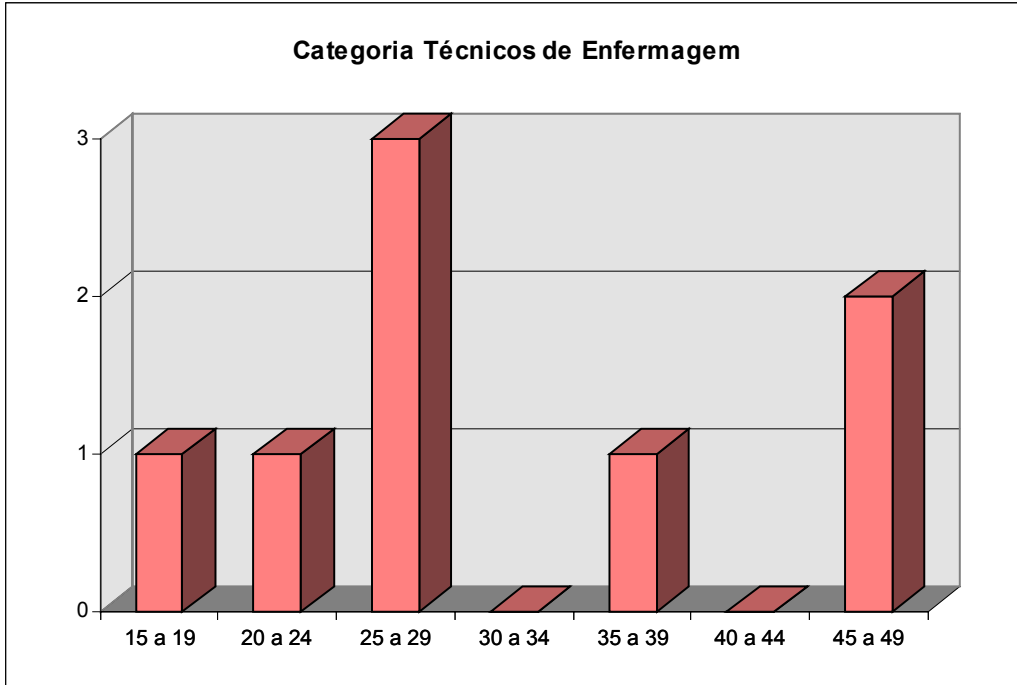
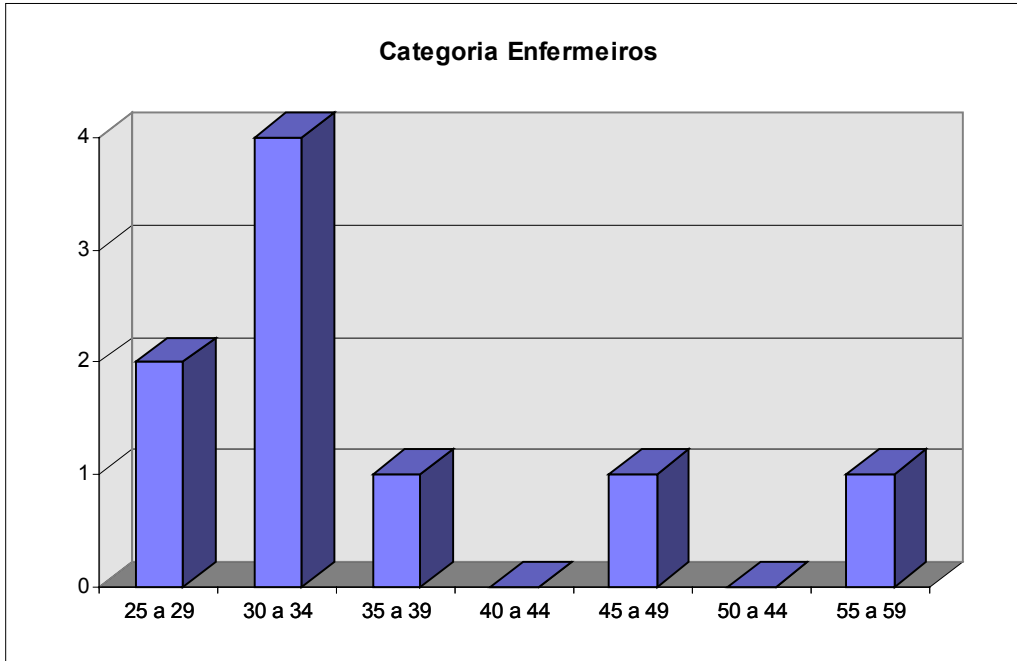
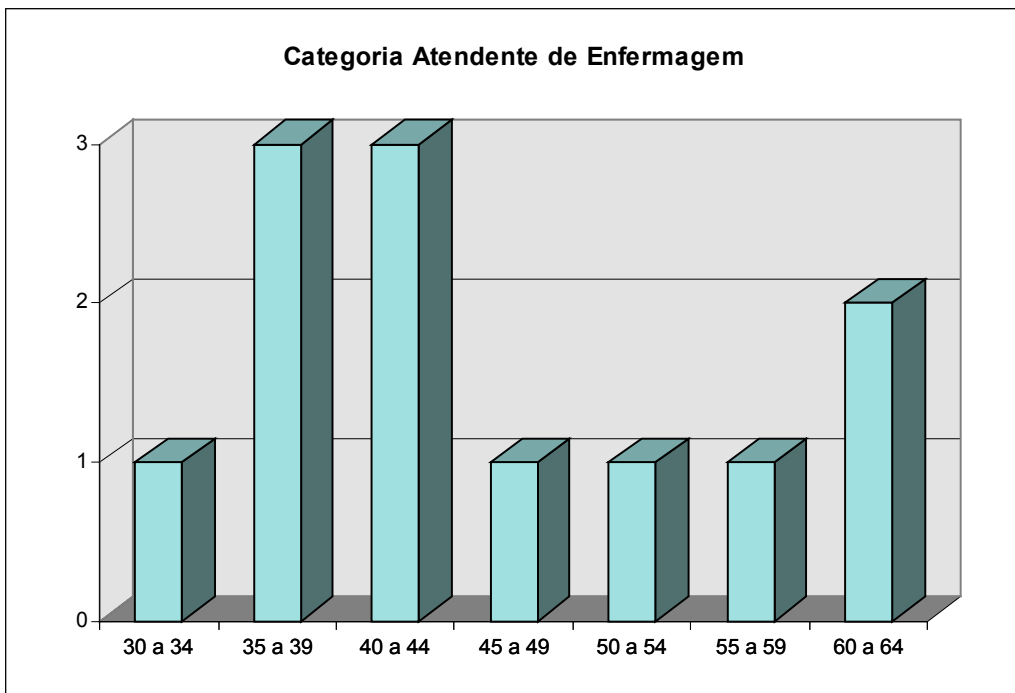
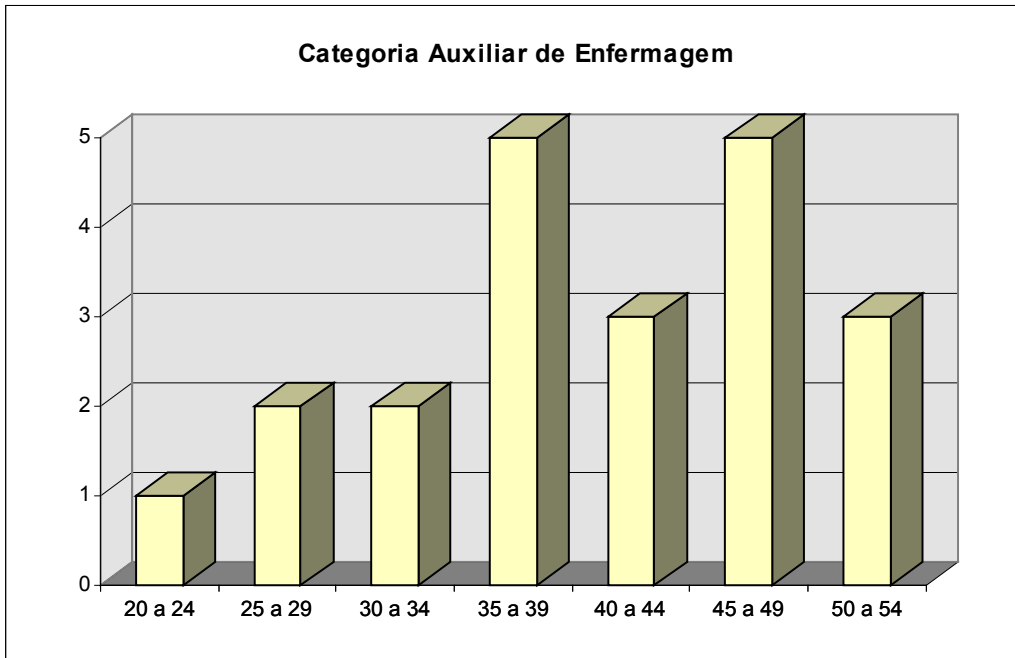


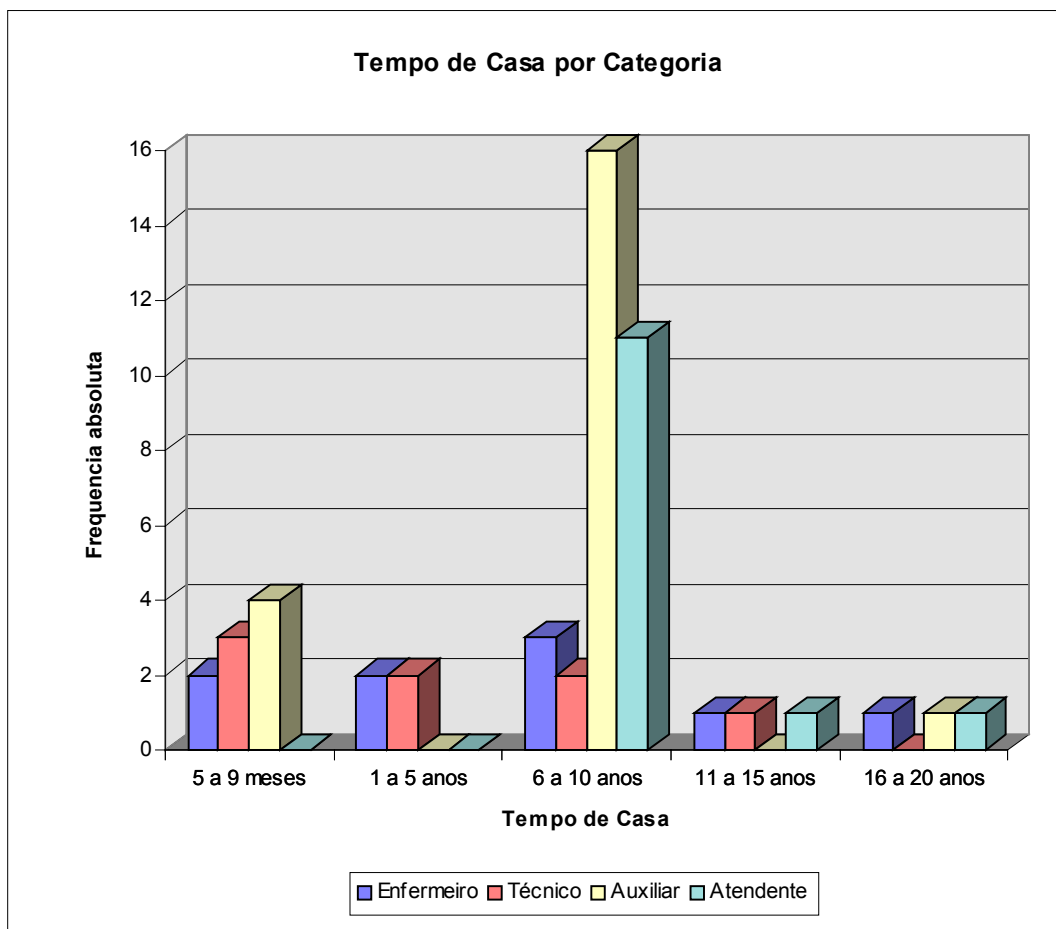
Gráfico 3 - Pessoal de Enfermagem por categoria segundo grupo de idade. C.O. mês novembro/95



Comentário:

Conforme descreve a hierarquia o grupo de idade aumenta, ou seja, os enfermeiros se concentram em idade mais jovem (30 a 34 anos) enquanto que os atendentes de enfermagem se concentram na faixa de 35 a 44 anos. Perguntamos: Por que as enfermeiras não se encontram na faixa de 40 a 44 e na faixa de 50 a 54 anos? Por que a participação após os 34 anos diminui bruscamente? Observamos também que a proximidade para a aposentadoria parece ser um forte estímulo para a permanência no emprego.

Gráfico 4 - Pessoal de Enfermagem por categoria segundo o tempo de casa até novembro/95*



Comentário:

Com exceção do técnico, todas as categorias se concentram em 6 a 10 anos de trabalho nesta instituição. Portanto, são antigos de casa. Porém, proporcionalmente, e mais marcante o número bem maior de auxiliares e atendentes de enfermagem com mais de 6 anos de casa.

*Este tempo de casa corresponde ao período que foi admitido para trabalhar no hospital independente do local de trabalho

Anexo 2

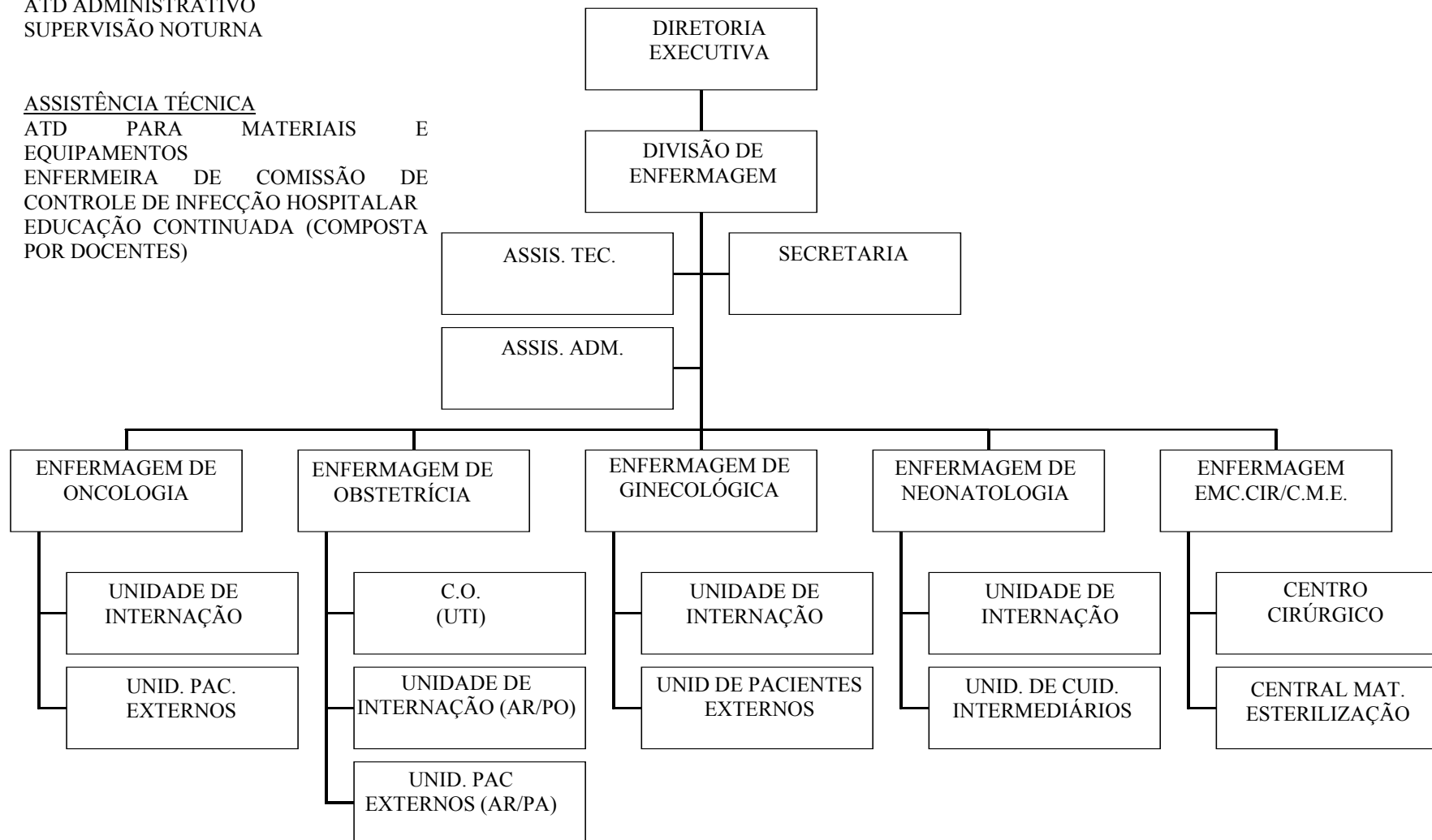
ANEXO 1 - Organograma do Hospital X*

ASSISTÊNCIA ADMINISTRATIVA

ATD ADMINISTRATIVO
SUPERVISÃO NOTURNA

ASSISTÊNCIA TÉCNICA

ATD PARA MATERIAIS E EQUIPAMENTOS
ENFERMEIRA DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
EDUCAÇÃO CONTINUADA (COMPOSTA POR DOCENTES)



* Código utilizado para manter o anonimato do hospital estudado

Anexo 2 - Decreto Lei nº 94.406, de 08 de junho de 1987.

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e da outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuições que lhe confere o art. 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, DECRETA:

Art. 1º - O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região.

Art. 2º - As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º - A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 4º - São Enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiveram título de Enfermeiro conforme o disposto na letra *d* do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou de certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma ou certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 6º - São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art. 2º da Lei nº 2.604 de 17 de setembro de 1955, expedido até publicação de Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961

IV - o titular do certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministro da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640 de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º - São Parteiros:

I - o titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observando o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

Art. 8º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

e) consulta de enfermagem;

f) prescrição da assistência de enfermagem;

g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante de equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle de doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de Enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o) participação nos programas de higiene e segurança no trabalho e de prevenção de acidentes e doenças profissionais e do trabalho;
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção a saúde;

q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;

r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - As profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbem:

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária;

Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - assistir ao Enfermeiro:

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;

d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;

e) na prevenção e no controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f) na execução dos programas referidos nas letras *i* e *o* do item II do art. 8º.

II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;

III - integrar a equipe de saúde;

Art. 11 - O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

- I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:
 - a) administrar medicamentos por via oral e parenteral;
 - b) realizar controle hídrico;
 - c) fazer curativos;
 - d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema e calor ou frio;
 - e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
 - f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
 - g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnósticos;
 - h) colher material para exames laboratoriais;
 - i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatório;
 - j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
 - l) executar atividades de desinfecção e esterilização;
- IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:
 - a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
 - b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;
- V - integrar a equipe de saúde;
- VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
 - a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;
 - b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
- VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12 - Ao Parteiro incumbe:

I - prestar cuidados à gestante e a parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único - As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidades de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 - As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14 - Incumbe a todo o pessoal de enfermagem:

I - cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;

II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

Art. 15 - Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, no Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único - Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quando a vencimentos e salários.

Art. 16 - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987, 166º da Independência e 99º da República.

JOSÉ SARNEY

Eros Antonio de Almeida

Anexo 03 - LEI Nº 8.967, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1994

Altera a redação do parágrafo único do art.23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte

Art. 1º - O parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 23

Parágrafo único. É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto em seu artigo 15.”

Art.2º Essa Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art.3º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1994.

173ª da Independência e 106ª da República.

Itamar Franco

Marcelo Pimentel

Anexo 04

Atribuições do Enfermeiro do C.O.

- 1 - Planejar, organizar, dirigir, controlar, supervisionar e avaliar as atividades da equipe de enfermagem da seção.
- 2 - Coordenar e supervisionar tecnicamente o pessoal da limpeza e da administração na seção.
- 3 - Fazer o controle dos equipamentos e materiais necessários à seção.
- 4 - Colaborar nas atividades e programas do serviço de enfermagem.
- 5 - Cumprir e fazer cumprir as ordens do serviço, portarias e regulamentos do hospital e código de Deontologia de Enfermagem.
- 6 - Coordenar a passagem de plantão.
- 7 - Supervisionar a assiduidade, pontualidade, disciplina e uniformização da equipe.
- 8 - Elaborar a escala mensal de folgas e a escala de atividades diárias.
- 9 - Promover reuniões periódicas com a equipe.
- 10- Favorecer e incentivar o trabalho em equipe.
- 11- Avaliar periodicamente o desempenho do pessoal.
- 12- Coordenar e supervisionar o preparo e controle de material a ser esterilizado e do material em estoque.
- 13- Coordenar e supervisionar a desinfecção de materiais, equipamentos e a limpeza concorrente e terminal da unidade do paciente.
- 14- Certificar-se do funcionamento adequado dos equipamentos da seção.
- 15- Supervisionar o uso dos equipamentos.
- 16- Fazer a provisão de materiais necessários à seção.
- 17- Fazer controle de psicotrópicos.
- 18- Checar periodicamente os materiais necessários para uso em situações de emergência.
- 19- Participar de reuniões multiprofissionais.

- 20- Orientar alunos e residentes quanto as rotinas da seção.
- 21- Colaborar na elaboração das normas e rotinas específicas do Setor e na revisão periódica das mesmas.
- 22- Responsabilizar-se pela manutenção da padronização dos procedimentos de enfermagem.
- 23- Participar de visitas e discussões de caso com a equipe multiprofissional.
- 24- Admitir gestante e/ou parturiente no pré-parto realizando exame físico e obstétrico.
- 25- Identificar emergências e tomar providências até a chegada do médico.
- 26- Promover conforto físico e emocional à paciente.
- 27- Dar assistência ao parto normal na ausência do médico.
- 28- Circular sala cirúrgica na assessoria da equipe obstétrica e de anestesiologia.
- 29- Executar a sondagem vesical e aspiração.
- 30- Prestar assistência no puerpério imediato, fazendo recuperação pós-anestésica e observação do estado geral da paciente.
- 31- Prestar assistência ao RN (aquecimento, controle de temperatura, aspiração, clampeamento do cordão, identificação).
- 32- Auxiliar na reanimação do RN deprimido.

Atribuições do Técnico de Enfermagem do C.O.

- 1 - Participar na passagem de plantão.
- 2 - Realizar coleta de materiais para exames.
- 3 - Realizar controle de sinais vitais.
- 4 - Realizar tricotomia quando necessário.
- 5 - Administrar medicamentos.
- 6 - Realizar curativos e sondagens (vesical e nasogástrica) quando necessário.
- 7 - Passar visita nos leitos junto com equipe médica e enfermeira quando possível.
- 8 - Realizar exames físicos na falta do enfermeiro.
- 9 - Auxiliar atendentes quando necessário.
- 10- Auxiliar na conservação e limpeza dos equipamentos e materiais.
- 11- Conferir caixa de psicotrópicos.
- 12- Coleta de fenilcetonúria e hipotireoidismo dos recém-nascidos.
- 13- Encaminhar e checar exames colhidos.
- 14- Repor medicamentos e materiais.
- 15- Encaminhar prescrições para farmácia.
- 16- Conferir medicações provenientes da farmácia.
- 17- Transcrever o horário padrão para prescrição médica.
- 18- Auxiliar nos transportes de gestantes e puérperas quando necessário.
- 19- Orientar puérperas e gestantes quando necessário quanto as rotinas do Setor, tratamento.

Atribuições do Auxiliar de Enfermagem do C.O.

- 1 - Admitir gestantes e/ou parturientes no pré-parto.
- 2 - Promover conforto físico e emocional da paciente.
- 3 - Realizar controle de sinais vitais.
- 4 - Realizar exame físico de gestante e puerpério imediato.
- 5 - Coletar sangue com sistema vacutainer.
- 6 - Administrar medicamentos.
- 7 - Instalar venóclise (abocath, scalp).
- 8 - Instalar e controlar bomba de infusão.
- 9 - Circular sala cirúrgica
 - sondagem vesical;
 - degernação de campo operatório
 - prover material de consumo e esterilizado para a equipe médica.
- 10 - Circular a anestesia.
 - Auxiliar os anestesistas durante o procedimento
 - Checar o carrinho de anestesia e abastecê-lo com medicamentos
 - Fazer o controle e manusear psicotrópicos
 - Controlar paciente em RPA.
- 11 - Checar equipamentos.
- 12 - Repor salas do Setor com material de consumo e material estéril.
- 13 - Auxiliar na admissão de RN
 - Identificação do RN com pulseira e identificação plantar
 - Primeiros cuidados (limpeza e aquecimento)
 - Preparar soluções expansoras diariamente.
 - Prover material para equipe médica.
- 14 - Fazer anotações de enfermagem.
- 15 - Participar de passagem de plantão.

Atribuições da Atendente de Enfermagem do C.O.

A - ÁREA ADMINISTRATIVA

- 1 - Cumprir as ordens do serviço, portaria e regulamento do hospital.
- 2 - Manter a ordem, disciplina e limpeza nas dependências do hospital.
- 3 - Participar da passagem de plantão
- 4 - Zelar pela conservação dos aparelhos e material de uso da enfermagem.
- 5 - Auxiliar no controle de material de consumo.
- 6 - Controlar requisição e devolução de material esterilizado a C.M.E.
- 7 - Controlar a data de esterilização do material estocado.
- 8 - Conferir e guardar a roupa recebida.
- 9 - Transportar roupa suja para o local apropriado.
- 10- Identificar a roupa contaminada.
- 11- Prestar atendimento ao público, pacientes, familiares e visitas de pacientes.

B - ÁREA ASSISTENCIAL

- 1 - Receber as pacientes provenientes de outras unidades e acomodá-las ao leito, apresentando-lhes o Setor.
- 2 - Prestar as pacientes cuidados de higiene pessoal, conforto e prevenção de complicações.
- 3 - Transportar e acompanhar a paciente toda vez que se fizer necessário, principalmente em situações de urgência.
- 4 - Executar algumas técnicas específicas como degermação de campo operatório, pesagem de placenta, coleta de sangue do cordão.
- 5 - Preparar material limpo e sujo para ser encaminhado para C.M.E.
- 6 - Verificar se a sala está preparada para cirurgia e colocar o material que está em falta.
- 7 - Receber a paciente na sala para cirurgia, juntamente com o prontuário.
- 8 - Retirar prótese dentária e jóias.
- 9 - Colocar a paciente em posição adequada para cirurgia.

- 10- Ajudar na paramentação do cirurgião e ajudante.
- 11- Abrir os pacotes e caixa de material e a roupa necessária para a realização da cirurgia.
- 12- Anotações no prontuário, sobre o parto ou sobre a cirurgia que estão sendo realizados.
- 13- Contagem das compressas usadas, antes e depois da cirurgia.
- 14 - Retirar a paciente da sala.
- 15 - Manter a limpeza da sala, durante a cirurgia, recolhendo pinças, roupas, gazes e outros objetos que caíram no chão.
- 16 - No término da cirurgia conferir e recolher todas as pinças e instrumentos da sala, levando ao expurgo.
- 17 - Verificar se no hamper da sala foi jogado agulhas de injeção, agulhas de sutura, mandril de abtocath, pinças, etc.
- 18 - Anotações no livro de Registro de Enfermagem.

Anexo 5

Estruturação da Carreira

	Promoção																																																									
	Níveis	Sub-níveis																																																								
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47										
P r o g r e s s ã o	BÁSICO	A	█	█	█	█	█	█	█	█	█																																															
	B					█	█	█	█	█	█	█	█																																													
	C										█	█	█	█	█	█	█	█	█																																							
	D																				█	█	█	█	█	█	█																															
	E																																																									
MÉDIO	A										█	█	█	█	█	█	█	█																																								
	B																																																									
	C																																																									
	D																																																									
	E																																																									
SUPERIOR	A																																																									
	B																																																									
	C																																																									
	D																																																									
	E																																																									

Anexo 6

Proposta de Estruturação da Divisão de Enfermagem do Hospital X e de Inserção dos Docentes do Departamento de Enfermagem

I. Introdução

II. Objetivo da Divisão de Enfermagem

III. Estrutura Básica da Divisão de Enfermagem

IV. Cargos e Funções

V. Atribuições - Processo de Seleção e Critérios

VI. Inserção dos Docentes na Divisão de Enfermagem

I. Introdução

A Divisão de Enfermagem do Hospital X foi organizada em 1986, incluindo um projeto de Integração Docente Assistencial (IDA) junto ao Departamento de Enfermagem. Após quatro anos de existência, foi realizado um processo de avaliação da estrutura e desempenho da Divisão e do Projeto IDA. Como resultado deste processo de avaliação, está sendo apresentada esta proposta de reestruturação para a Divisão, com a inserção dos docentes do Departamento de Enfermagem através do Serviço de Educação Continuada.

II. Objetivos da Divisão de Enfermagem

A Divisão de Enfermagem situa-se dentro do Organograma do Hospital X, subordinada diretamente ao órgão diretor da instituição. Os objetivos da Divisão de Enfermagem são:

a) organizar e implementar assistência de enfermagem apropriada a promoção, proteção, manutenção, recuperação e reabilitação da saúde da mulher, recém-nascido e família;

b) desenvolver ensino e pesquisa em enfermagem e colaborar, com os demais profissionais, nos programas de assistência, ensino e pesquisa;

c) proporcionar condições para exercício das atividades docentes programadas pelos professores das disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem e demais instituições de ensino em Enfermagem.

III. Estrutura básica da divisão de enfermagem

I. A Divisão de Enfermagem consiste de:

- A. Diretoria da Divisão
- B. Órgão Consultivo e Deliberativo
- C. Serviços
- D. Seções

II. A Diretoria é composta por:

- A. Diretor da Divisão
- B. Assistente Técnico de Direção
- C. Secretária da Divisão

III. Os órgãos consultivo e deliberativo diretamente ligados à Diretoria da Divisão são:

- A. Grupo de Ensino e Pesquisa em Enfermagem (GEPE)
- B. Conselho Administrativo de Enfermagem

O Grupo de Ensino e Pesquisa em Enfermagem (GEPE) trata de assuntos ligados às atividades de docentes, a utilização Serviços de Enfermagem do Hospital X como campo de estágio e o desenvolvimento de pesquisa em Enfermagem.

O GEPE é composto dos seguintes integrantes:

- Diretor da Divisão da Enfermagem
- Docentes do Departamento de Enfermagem integrados ao Serviço de Educação Continuada
- Diretores do Serviço de Enfermagem
- Membros Convidados
- Representantes das Áreas de Conhecimento do Departamento de Enfermagem
- Representantes de outras instituições de ensino que utilizam o Hospital X como campo de estágio

- Representantes de alunos

O Conselho Administrativo de Enfermagem trata de assuntos ligados aos aspectos administrativos da assistência de enfermagem.

O CAE é composto dos seguintes integrantes:

- Diretor da Divisão
- Assistente Técnico de Direção
- Diretores dos Serviços
- Representantes das Seções ligadas diretamente à Divisão

Os órgãos deliberativo e consultivo serão regidos por regimento interno, a serem elaborados no início de seu exercício.

A critério do Diretor da Divisão de Enfermagem poderão ser criados outros grupos ou comissões de caráter transitório ou permanente.

4- O Serviço de Centro Cirúrgico e Material Esterilizado compreende:

- Seção Centro Cirúrgico
- Seção Central de Material
- Secretaria

5- O Serviço de Enfermagem em Obstetrícia compreende:

- Seção Centro Obstétrico
- Seção Alojamento Conjunto e Patologia Obstétrica
- Seção Ambulatório Especializado e Pronto Atendimento
- Secretaria

6- O Serviço de Enfermagem em Neonatologia compreende:

- Seção de Assistência de Enfermagem
- Seção de Apoio e Infra-estrutura
- Secretaria

7- O Serviço de Enfermagem em Oncologia compreende:

- Seção Unidade de Internação em Oncologia
- Seção Ambulatório de Oncologia
- Secretaria

8- O Serviço de Enfermagem em Ginecologia compreende:

- Seção Unidade de Internação e Ambulatório de Ginecologia
- Seção UTI e Escolta
- Secretaria

9- O Serviço de Educação Continuada compreende:

- Seção de seleção, treinamento e avaliação
- Seção de aperfeiçoamento e projetos especiais
- Secretaria

10- A Seção de Supervisão Noturna Compreende:

- Supervisão Noturna para os Serviços de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia
- Supervisão Noturna para os Serviços de Enfermagem em Centro Cirúrgico e Material esterilizado, Oncologia e Ginecologia

IV - Cargos e Funções

Dentro da estrutura da Divisão de Enfermagem existem os seguintes cargos e funções:

- Diretor da Divisão
- Assistente Técnico do Diretor
- Diretor Técnico de Serviços
- Enfermeiro Supervisor de Seção
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem
- Auxiliar de Enfermagem
- Atendente de Enfermagem
- Docentes do Departamento de Enfermagem, inseridos na Divisão de Enfermagem através do Serviço de Educação Continuada.

Os cargos e funções do quadro de apoio administrativo são:

- Secretário
- Oficial de Administração
- Mensageiro

V - Atribuições, Processo de Seleção e Critérios

1 - Diretor da Divisão

A - Atribuições

- 1 - Integrar os recursos de ensino, pesquisa e assistência em enfermagem dentro do Hospital X, coordenando o Grupo de Ensino e Pesquisa em Enfermagem (GEPE), e participando como membro efetivo da Comissão de Ensino do Departamento de Enfermagem.
- 2 - Coordenar o planejamento, execução e avaliação da assistência de enfermagem junto com o Conselho Administrativo de Enfermagem (CAE)
- 3 - Planejar, prover e coordenar a avaliação de desempenho dos recursos humanos da divisão
- 4 - Designar o Assistente Técnico de Direção, os Diretores Técnicos dos Serviços e os responsáveis por seções diretamente ligadas a Divisão
- 5 - Representar a Divisão de Enfermagem junto a Diretoria Executiva do Hospital X, em eventos públicos e junto a outras instituições.

B- Processo de Seleção

O Diretor da Divisão é um docente do Departamento de Enfermagem, escolhido em comum deste com o Departamento de Tocoginecologia à partir de três nomes indicados por ampla consulta entre os servidores da Divisão. O Diretor terá um mandato de dois anos com direito a uma recondução, pelo mesmo processo de escolha.

C - Critérios para Escolha

Poderão ser indicados docentes que preencham os seguintes requisitos:

- 1- Ter mais de oito anos de formado
- 2- Ter experiência em serviços administrativo e/ou ter curso de Pós-Graduação na Área de Administração
- 3- Ter experiência em serviços assistenciais

4- Ter disponibilidade para dedicar-se às atividades do cargo 80% de sua carga horária total.

2 - Assistente Técnico de Diretor

A - Atribuições

1 - Coordenar o expediente administrativo da Diretoria da Divisão.

2 - Coordenar a distribuição dos recursos humanos da Divisão através de :

- admissão de pessoal
- desligamento de pessoal
- movimento de pessoal
- lotação de pessoal
- controle de vagas e do quadro de pessoal da Divisão de Enfermagem
- controle de absenteísmo
- controle de rotatividade
- controle de liberação de pessoal para congressos, seminários, cursos, etc.
- controle de intercorrências disciplinares com pessoal
- controle do arquivo da vida funcional dos servidores

3 - Coordenar a Comissão Permanente de Materiais e Equipamentos

4 - Prestar assistência técnica ao Diretor da Divisão, colaborando na direção e coordenação das atividades.

O Assistente Técnico de Direção deve ser um enfermeiro assistencial indicado pela Diretora da Divisão

3 - Diretores Técnicos de Serviço

A - Atribuições

- 1 - Planejar, coordenar a implementação e avaliar a assistência de enfermagem do Serviço.
- 2 - Integrar-se ao Conselho Administrativo de Enfermagem.
- 3 - Planejar, prover e coordenar a avaliação de desempenho dos recursos humanos dentro do Serviço.
- 4 - Selecionar, junto com o Diretor da Divisão, os enfermeiros, supervisores de seção.
- 5 - Participar no planejamento e organização da utilização do serviço como campo de estágio para estudantes de cursos de Enfermagem e Medicina.
- 6 - Participar no planejamento, implementação e avaliação de programas de Educação Continuada no serviço.
- 7 - Incentivar e participar de atividades de pesquisa em Enfermagem no serviço

B - Processo de Seleção

O Diretor de Serviço é um cargo de confiança do Diretor da Divisão, ficando a sua indicação à critério do Diretor da Divisão. A escolha deve recair, de preferência, em nome indicado pelo Serviço.

C - Critérios para Indicação

- 1 - Ser enfermeiro assistencial do Hospital X.
- 2 - Ter 4/5 anos de experiência profissional.
- 3 - Ter experiência administrativa.
- 4 - Apresentar um plano de trabalho para o Serviço.

4 - Enfermeiro Supervisor de Seção

A - Atribuições

- 1 - Dirigir a equipe de enfermagem no planejamento, implementação e avaliação da assistência de Enfermagem na seção.
- 2 - Participar no planejamento e organização na utilização do Serviço como campo de estágio para estudantes de Curso de Enfermagem e Medicina.
- 3 - Participar no planejamento, implementação e avaliação de programas de Educação Continuada no Serviço.
- 4 - Incentivar e participar de atividades de pesquisa em Enfermagem na Seção.

B - Processo de Seleção

O Enfermeiro Supervisor de Seção será indicado pelo Diretor de Serviço de comum acordo com o Diretor da Divisão. A escolha deve recair de preferência sobre um nome indicado pela Seção.

C - Critérios

- 1 - Ser Enfermeiro Assistencial do Hospital X.
- 2 - Ter 2/3 anos de experiência profissional.
- 3 - Apresentar um plano de trabalho para a seção.

VI - Inserção de Docentes do Departamento de Enfermagem

Os docentes do Departamento de Enfermagem poderão participar das atividades da Divisão de Enfermagem como docentes-assistenciais ou docentes-colaboradores.

Os docentes do Departamento de Enfermagem de qualquer outra área, que utilize o Hospital X como campo de estágio ou campo de trabalho ou pesquisa, será integrado ao Hospital X através do GEPE.

Os docentes da disciplina Enfermagem Obstétrica e Neonatal e Enfermagem Ginecológica que atuam na assistência o farão através do Serviço de Educação Continuada onde desenvolverão atividades específicas referentes à assistência direta, treinamento em serviço, assessoria, projetos especiais, pesquisa, etc.

O plano de atividades de cada docente, assim como o acordo quanto a carga horária a ser dedicada à assistência, serão aprovados pelo GEPE.

Anexo 7

PORTARIA GR - 78/91

Dá nova redação à Portaria
GR - 36/86

C.V., Reitor da Universidade Z*, no uso de suas atribuições legais, resolve:

Artigo 1º - Portaria GR - 36/86 de 21.02.86, que define a estrutura e os objetivos do Hospital X, passa a vigor com a seguinte redação:

“Artigo 1º - O Hospital X, criado pela Portaria GR - 101/81, tem o seguinte objetivo:

I- prestar assistência e realizar atividades de ensino e pesquisa dentro do campo da atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido.

Artigo 2º - O Hospital X é o conjunto de organismos no qual o Departamento de Tocoginecologia da Faculdade Y** realiza suas atividades-fins: ensino, pesquisa e assistência.

Artigo 3º - O Hospital X, em consonância com o objetivo enunciado no Artigo 1º, se articulará com:

- I. a Faculdade Y através:
 - A. do Departamento do Tocoginecologia, o qual utilizará plenamente suas instalações e facilidades no cumprimento de seus objetivos de ensino e pesquisa nos níveis de Graduação, Pós-Graduação e Residência Médica;
 - B. do Departamento de Pediatria pelas Disciplinas de Neonatologia, o qual utilizará plenamente suas instalações e facilidades no cumprimento de seus objetivos de ensino e pesquisa nos níveis de Graduação, Pós-Graduação e Residência Médica;
 - C. dos demais Departamentos da Faculdade Y que vierem a utilizar as instalações e facilidades do Hospital X no cumprimento de seus

* Universidade à qual o Hospital X é vinculado.

objetivos de ensino e pesquisa nos níveis de Graduação, Pós-Graduação e Residência Médica.

- II. com o Hospital de Clínicas, ao qual se integra através dos seguintes procedimentos:
 - A. atendimento de todas as pacientes e recém-nascidos que o procurarem dentro do programa estabelecido e na área de sua competência, oferecendo ao Hospital sua capacidade assistencial;
 - B. oferecimento, dentro de suas possibilidades, de apoio terapêutico solicitado pelo hospital para pacientes fora da área de saúde da mulher;
 - C. O Hospital de Clínicas e a Faculdade Y oferecerão ao Hospital X os seus serviços de apoio, que este não disponha, e sejam necessários ao atendimento médico prestado pelo Hospital X.
- III. com a Rede de Saúde da cidade, dentro de suas possibilidades assistenciais, através dos seguintes procedimentos:
 - A. atendimento às pacientes dos diferentes programas de assistência à mulher desenvolvidos pela Universidade Z.
 - B. atendimento das pacientes referidas pela Rede de Saúde da cidade.
- IV. com o Centro de Pesquisas e Controle de Doenças Materno-Infantis da cidade, através dos seguintes procedimentos:
 - A. o Hospital X colaborará, dentro de suas possibilidades com as atividades de pesquisa do Centro de Pesquisa e Controle de Doenças Materno-Infantis, inclusive cedendo o uso de suas instalações;
 - B. o Centro de Pesquisa e Controle de Doenças Materno-Infantis colaborará com o Hospital X mediante o oferecimento de toda a sua capacidade administrativa no tocante à coordenação de

** Faculdade à qual o Hospital é vinculado.

convênios científicos assinados pelo Hospital X, assim como pelo apoio técnico às suas atividades de pesquisa.

Artigo 4º - O Corpo Técnico Científico do Hospital X é constituído por:

- I- Membros Titulares: os docentes do Departamento de Tocoginecologia e os docentes da Disciplina de Neonatologia do Departamento de Pediatria da Faculdade Y da Universidade Z.
- II- Membros Associados: os docentes dos Departamentos que compõem os Serviços Médicos Complementares e demais docentes referidos no Artigo 3º, inciso I, item 3;
- III- Membros Assistentes: o Hospital X, de acordo com suas necessidades assistenciais, manterá médicos assistentes próprios, contratados com aprovação dos respectivos Conselhos de Departamentos da Faculdade Y, a cujos Conselhos ficarão subordinados e outros profissionais de nível superior de acordo com os interesses expressos no seu objetivo, previsto no Artigo 1º desta Portaria. Os Membros Assistentes prestarão serviços exclusivamente ao Hospital X.

Parágrafo Único - Todos os profissionais de Saúde que atuam no Hospital X se obrigam a colaborar no cumprimento das atividades de docência e pesquisa do Departamento de Tocoginecologia e dos demais Departamentos dele integrantes.

Artigo 5º - O Hospital X funcionará com a seguinte estrutura:

- I- Conselho Técnico Administrativo
- II- Diretoria Executiva
- III- Divisão de Obstetrícia
- IV- Divisão de Ginecologia
- V- Divisão de Oncologia
- VI- Divisão de Neonatologia
- VII- Divisão de Enfermagem
- VIII- Divisão Administrativa
- IX- Divisão de Apoio Técnico

X- Divisão de Serviços Médicos Complementares, Laboratórios e Diagnóstico

XI- Assessoria de Ensino

XII- Assessoria de Pesquisa

Artigo 6º - O Conselho Técnico Administrativo é constituído por:

I- Diretor do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade Y que o preside;

II- Membro da Universidade Z, designado pelo Reitor;

III- Representante da Faculdade Y, designado pelo Diretor;

IV- Representante da Prefeitura da cidade, indicado pelo Secretário de Saúde do Município da cidade;

V- Três membros do Departamento de Tocoginecologia, indicados pelo Conselho Departamental;

VI- Membro representante do Serviço de Neonatologia, designado pelo Departamento de Pediatria da Faculdade Y;

VII- Representante dos Membros Associados, eleito entre os seus pares;

VIII- Enfermeiro representante da Divisão de Enfermagem do Hospital X;

IX- Representante dos funcionários que atuarão no referido Hospital X, eleito por seus pares;

X- Representante dos membros assistentes eleito por seus pares;

XI- Diretor Executivo do Hospital X, sem direito a voto.

§ 1º - O Presidente do Conselho Técnico Administrativo terá, além do seu, o voto de qualidade.

§ 2º - Os membros do Conselho Técnico Administrativo terão mandato de dois anos, com direito a uma recondução consecutiva, não podendo pertencer simultaneamente à Diretoria Executiva.

§ 3º - Perderá o mandato:

I- o membro que perder qualquer pressuposto da sua investidura;

- II- o membro que faltar a duas reuniões ordinárias consecutivas sem motivo justo, a juízo do Conselho.

Artigo 7º - São atribuições do Conselho Técnico Administrativo:

- I- traçar as diretrizes gerais do Hospital X;
- II- responder às consultas da Diretoria Executiva;
- III- avaliar os relatórios semestrais elaborados pelo Diretor Executivo a respeito das atividades de assistência bem como sobre orçamento e planejamento orçamentário do Hospital X.

Parágrafo Único - O Conselho Técnico Administrativo reunir-se-á ordinariamente duas vezes por anos e, extraordinariamente, quando convocado por 50% de seus membros, ou a pedido do Presidente do Conselho Técnico Administrativo ou do Diretor Executivo.

Artigo 8º - A Diretoria Executiva será composta de:

- I- Diretor Executivo;
- II- Chefe da Divisão de Obstetrícia;
- III- Chefe da Divisão de Ginecologia;
- IV- Chefe da Divisão de Oncologia;
- V- Chefe da Divisão de Neonatologia;
- VI- Chefe da Divisão de Enfermagem;
- VII- Chefe da Divisão de Apoio Técnico;
- VIII- Chefe da Divisão de Serviços Médicos Complementares, Laboratórios e Diagnóstico;
- IX- Chefe da Divisão Administrativa;
- X- Chefe do Departamento de Tocoginecologia.

Artigo 9º - São atribuições e responsabilidades da Diretoria Executiva:

- I- administrar os recursos provenientes de dotações orçamentárias;
- II- administrar recursos eventuais de origem não orçamentária, obedecidas as normas gerais aprovadas a nível da Universidade;
- III- garantir a realização dos objetivos do Hospital X;

Artigo 10 - O Diretor Executivo do Hospital X será um membro do Departamento de Tocoginecologia que possua pelo menos o título de Doutor, em atividade docente no Departamento de Tocoginecologia por no mínimo cinco anos.

§ 1º - O Diretor Executivo será nomeado pelo Reitor da Universidade Z, a partir de lista tríplice elaborada pelo Conselho Técnico Administrativo.

§ 2º - O mandato do Diretor Executivo será de quatro anos.

Artigo 11 - São atribuições e responsabilidades do Diretor Executivo:

- I- representar o Hospital X;
- II- presidir a Diretoria Executiva;
- III- apresentar semestralmente relatórios assistenciais e financeiros ao Conselho Técnico Administrativo;
- IV- cumprir e fazer cumprir normas e diretrizes emanadas da Diretoria Executiva;
- V- convocar mensalmente reuniões ordinárias.

Artigo 12 - O Diretor Executivo será assistido nas suas atividades pelas Assessorias de Ensino e de Pesquisa.

§ 1º - As Assessorias de Ensino e de Pesquisa coordenarão, respectivamente, as atividades de Ensino e de Pesquisa.

§ 2º - Todos os projetos de pesquisa a serem desenvolvidos no Hospital X deverão ser previamente submetidos à aprovação da Comissão de Pesquisa.

Artigo 13 - O Hospital X é constituído pelas seguintes Divisões:

- I- Divisão de Obstetrícia;
- II- Divisão de Ginecologia;
- III- Divisão de Oncologia;
- IV- Divisão de Neonatologia;
- V- Divisão de Enfermagem;
- VI- Divisão de Apoio Técnico;

VII- Divisão de Serviços Médicos Complementares, Laboratórios e Diagnóstico;

VIII- Divisão Administrativa.

§ 1º - As Divisões de Obstetrícia, Ginecologia, Neonatologia e Oncologia tem por atribuição proporcionar assistência médica integral e especializada aos pacientes do Hospital X nas fases de atendimento ambulatorial, emergencial e internação.

§ 2º - A Divisão de Enfermagem tem por atribuição proporcionar assistência de enfermagem integral aos pacientes do Hospital X nas fases de atendimento ambulatorial, emergencial e internação.

§ 3º - A Divisão de Apoio Técnico tem por atribuição desenvolver atividades nas áreas de Nutrição e de Dietética, Farmácia, Serviço Social, Serviço de Psicologia, Serviço de Fisioterapia, Serviço de Educação em Saúde, CPD e SAME.

§ 4º - A Divisão Administrativa tem por atribuição prestar serviço ao Hospital X nas áreas de finanças, material, manutenção, transportes, comunicações administrativas, telefonia, zeladoria, vigilância e recursos humanos.

§ 5º - A Divisão de Serviços Médicos Complementares, Laboratórios e Diagnóstico tem por atribuição desenvolver pesquisa básica e aplicada voltada aos objetivos definidos para o Centro e prestar assistência médica. É composta pelos Laboratórios e pelos Serviços Complementares.

Artigo 14 - As Chefias das Divisões de que trata o Artigo 14 são cargos de confiança do Diretor Executivo, sendo por ele nomeadas.

Artigo 15 - O Hospital X contará com Serviços Médicos Complementares, que são serviços ligados às suas Divisões e pertencentes às áreas de conhecimentos afins .

§ 1º - São Serviços Médicos Complementares:

I- Ultra-sonografia

II- Anestesiologia

III- Radiologia

§ 2º - As Chefias dos Serviços Médicos Complementares de Anestesiologia e Radiologia serão providas pelos Departamentos afins da Faculdade Y, de comum acordo com a Diretoria Executiva do Hospital X e a Chefia da Ultra-sonografia, pelo Departamento de Tocoginecologia.

Artigo 16 - Os casos omissos ou pendentes serão decididos pelo Conselho Técnico Administrativo.

Artigo 17 - Qualquer alteração na constituição, estrutura e objetivos do Hospital X encaminhada pelo Conselho Técnico Administrativo só poderá ser feita com prévia anuência do Conselho Departamental da Congregação da Faculdade Y e do Conselho Universitário.”

Artigo 2º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, especialmente as Portarias GR - 209/84, de 11.10.86, e GR-242/86, de 14.10.85.

Anexo 8

Universidade Z

REITORIA

Portaria GR-118, de 23.8.94

O Reitor da Universidade Z, considerando:

a) - A atual conjuntura econômica que recomenda a revisão da estrutura dos custos organizacionais;

b) - a situação econômica financeira desta instituição, que determina a necessidade de racionalização e contenção de gastos;

c) a exigência de revisão do fluxo de pagamento à vista da queda de arrecadação do ICMS que reflete diretamente no cronograma de desembolso financeiro;

d) a necessidade de integração e coordenação de esforços de toda a comunidade universitária, objetivando a adequação das despesas às receitas resolve:

Artigo 1º - Proibir as contratações de pessoal docente, técnico-administrativo, estagiários, monitores e serviços prestados, inclusive as relativas às vagas existentes.

Parágrafo Único - Fica proibida a abertura de novos concursos.

Artigo 2º - Suspender a utilização de recursos orçamentários provenientes de vagas de pessoal docente técnico-administrativo (Port. GR-159/90) e de pessoal docente (Port. GR-176/91).

Artigo 3º - Proibir a convocação e o pagamento de horas-extras a partir de 1994, exceto as relativas às atividades essenciais, as atividades operacionais e técnicas da área de Saúde e as referentes ao desenvolvimento dos cursos noturnos.

Artigo 4º - Proibir o pagamento de diárias a todos os servidores, excetuados os enquadrados nos níveis básico e médio da carreira de técnicos de apoio

administrativo e operacional e que não recebam Gratificação de Representação - GR por atividade de supervisão.

Artigo 5º - Reduzir em 30% as previsões de consumo estabelecidas para todas as Unidades junto ao Almoxarifado Central, exceto para os itens e Unidades de Despesas/Órgãos mencionados abaixo e que serão reduzidos em 10%:

Unidades de Despesas/Órgãos - Itens

HC e Restaurantes - Material de limpeza, álcool, gêneros alimentícios, copa e cozinha.

Hospital X/Gastrocentro - Material de limpeza, álcool, copa e cozinha.

Hemocentro - Material de limpeza, álcool, copa, cozinha e material de segurança.

SST - Material de segurança.

Artigo 6º - Determinar a redução de 20 % no consumo de combustíveis para todas as Unidades de Despesa/Órgãos, com exceção da área de Saúde e Vigilância, que serão reduzidas em 10%.

Parágrafo Único - A redução determinada será considerada a partir do consumo médio verificado no período do abril, maio e junho do corrente.

Artigo 7º - Proibir a efetivação de novos contratos de prestação de serviços, bem como a ampliação dos já existentes e qualquer recomposição de preços.

Artigo 8º - Proibir a alocação de recursos orçamentários especificamente para o custeio de eventos.

Parágrafo Único - Para a realização de qualquer evento, deve o responsável pela sua programação, viabilizar externamente a captação de recursos necessários.

Artigo 9º - Determinar que nenhuma despesa seja contratada com prazo de pagamento inferior a 30 dias, exceto aquelas, cuja taxa de desconto concedido compensar o pagamento à vista, desde que essa vantagem seja demonstrada e aprovada pela Área de Finanças.

Artigo 10 - Determinar o prazo de 30 dias para que o Grupo de Trabalho criado com o objetivo de avaliar a estrutura de custos e os subsídios dos serviços de transporte e alimentação, apresente seu relatório final.

Artigo 11 - Atribuir aos dirigentes das Unidades de Despesa/Órgãos, a responsabilidade pela identificação e implementação de ações que visem racionalizar progressivamente as despesas, em especial as relativas ao consumo e utilização de água, energia elétrica e telefone.

Parágrafo Único - Os dirigentes de Unidades de Despesas encaminharão até o dia 9.9.94 à Comissão de Apoio ao Desempenho Administrativo da Universidade - Cadau, relatório circunstanciado sobre as medidas adotadas.

Artigo 12 - Determinar à Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, a apresentação até o dia 9.9.94, de estudos que indiquem providências necessárias à compatibilização do custo do Programa Pass/Unimed aos valores pagos por seus usuários.

Artigo 13 - Determinar à Coordenadoria Geral do Programa de Moradia Estudantil - GGPM, a apresentação até o dia 9.9.94, de relatório contendo o custo e as alternativas de cobertura no que concerne as despesas de manutenção das moradias estudantis.

Artigo 14 - Determinar à Prefeitura do Campus, a apresentação até o dia 9.9.94, de relatório circunstanciado sobre o uso de espaço e/ou instalações institucionais por terceiros, indicando, se houver, o custo dessa utilização, a forma e o valor de seu ressarcimento, inclusive fora do Campus de Campinas, Limeira e Piracicaba.

Parágrafo Único - O relatório de que trata este artigo deverá ser acompanhado de propostas que visem viabilizar o ressarcimento dos custos apurados.

Artigo 15 - Ratificar os Artigos 4º e 5º da Portaria GR-80/90 de 20.4.90, os Artigos 7º e 9º da Portaria GR-25/91 de 4.2.91 e os Artigos 1º, 2º, 3º, 5º e 6º da

Portaria GR-23/91 de 5.2.91, que tratam de medidas relativas ao uso de veículos, telefone e de substituição de pessoal.

Artigo 16 - Determinar que os dirigentes de Unidades de Despesa/Órgãos e os executores de convênios, apliquem no que couber as determinações desta Portaria, para as despesas estritamente essenciais.

Artigo 17 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

