

LUCAS PEREIRA DE MELO

**DIMENSÕES ESTRUTURAIS E SIMBÓLICAS DE UM ESPAÇO HOSPITALAR:
ESTUDO ANTROPOLÓGICO DE UMA ENFERMARIA CIRÚRGICA EM CAMPINAS-
SP**

CAMPINAS

2009

LUCAS PEREIRA DE MELO

**DIMENSÕES ESTRUTURAIS E SIMBÓLICAS DE UM ESPAÇO HOSPITALAR:
ESTUDO ANTROPOLÓGICO DE UMA ENFERMARIA CIRÚRGICA EM CAMPINAS-
SP**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Trabalho, de **LUCAS PEREIRA DE MELO - RA: 077592**



Marcos de Souza Queiroz
Orientador

CAMPINAS

2009

LUCAS PEREIRA DE MELO

**DIMENSÕES ESTRUTURAIS E SIMBÓLICAS DE UM ESPAÇO HOSPITALAR:
ESTUDO ANTROPOLÓGICO DE UMA ENFERMARIA CIRÚRGICA EM CAMPINAS-
SP**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração Enfermagem e Trabalho.

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz

CAMPINAS

2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

M491d Melo, Lucas Pereira de
Dimensões estruturais e simbólicas de um espaço hospitalar: estudo
antropológico de uma enfermaria cirúrgica em Campinas - SP / Lucas
Pereira de Melo. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Marcos de Souza Queiroz
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Antropologia. 2. Cultura. 3. Equipe interdisciplinar de
saúde. 4. Comportamento ritualístico. I. Queiroz, Marcos de
Souza. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês: Structural and symbolic dimensions of a hospital space:
anthropological study in surgical ward at Campinas- SP**

Keywords: • Anthropology
• Culture
• Patient care team
• Cerimonial behavior

Titulação: Mestre em Enfermagem
Área de concentração: Enfermagem e trabalho

Banca examinadora:

Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz
Profa. Dra. Maria Inês Monteiro
Profa. Dra. Maria Helena Lenardt

Data da defesa: 08-07-2009

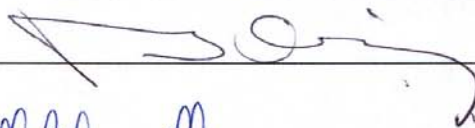
BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LUCAS PEREIRA DE MELO (RA: 077592)

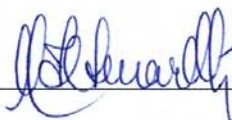
Orientador(a) PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

Membros:

1. PROF. DR. MARCOS DE SOUZA QUEIROZ



2. PROFA. DR. MARIA HELENA LENARDT



3. PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 08 de julho de 2009

DEDICATÓRIA

*Aos profissionais de saúde que
participaram do estudo, em especial à
Elenita Castro, Joaquim Graciano e Vera
Simmelink.*

A Deus, pela presença e revelação constante em cada momento da minha existência.

À minha família, pela compreensão da necessidade de ausentar-me para realização do Mestrado, em especial à minha mãe, Maria José, aos meus irmãos e sobrinhos.

Ao Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz, que, com sensível habilidade e sabedoria, guiou-me nos encantadores caminhos da Antropologia e envolveu-se com sua competência, dedicação, interesse, paciência e generosidade em todo o processo de construção do estudo.

À Profa. Dra. Maria Helena Lenardt, pela atenção dispensada na realização do estudo, pelas experiências compartilhadas e, principalmente, pelo exemplo de dedicação aos estudos antropológicos no campo da Enfermagem.

À Profa. Dra. Maria Inês Monteiro, pelas importantes contribuições na fase de elaboração do estudo e pela disponibilidade de estar presente em todo o percurso.

Aos Professores Dra. Eliete Maria Silva e Dr. Miguel Antonio de Mello Silva pela participação na Banca Examinadora.

Aos amigos Mirian Rocha e Clébio Marques – ex-orientadores – pela semente plantada, pelo carinho e cuidado dispensados durante anos e, principalmente, por sempre depositarem confiança nos meus planos.

Aos amigos da Unicamp – Beatris Possato, Jose Fernando, Ermilo Bettio Júnior, Rafael Abdalla, João Paulo Sartori, Renato Costa, Ewerton Menezes, Miguel Chavez, Carolina Macias, Rafael Andrade, Adriano Cruz, Júlio Rafael, Gláucia Santos, Tiago Elídio, Elizabeth Cabral, Tiago Lima, Daniela Alves, Carmen Rodrigues, Thais Spana e tantos outros – que teceram ao meu lado cada fio das experiências que compuseram o pano de fundo dessa magnífica construção.

Aos amigos e professores da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelas significativas discussões sobre Antropologia e Subjetividade no campo da Saúde, especialmente aos Professores Dra. Ana Lúcia Machado, Dra. Dulce Maria Rosa Gualda e Dr. Edemilson Antunes de Campos.

À Mercês Santos, um dos meus principais referenciais. Nosso amor e amizade transcendem e resistem à distância de uma forma singela e firme.

Aos amigos Carlos Gontijo e Janice Delgado (então secretária da Subcomissão de Pós-graduação em Enfermagem) pelo apoio e assistência na minha chegada a Campinas.

Ao Carlos Alberto, secretário do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Unicamp, pela gentileza e apoio constantes.

Aos profissionais das Enfermarias onde o estudo foi realizado, pela amizade, disponibilidade e interesse em estar participando da pesquisa e, principalmente, pelo espaço que me possibilitaram conquistar.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro.

Por fim, agradeço a todos que souberam compreender e respeitar minhas ausências e, igualmente, valorizar os momentos nos quais estive presente entre eles.

EPÍGRAFE

*“Caminhante, são tuas pegadas
O caminho e nada mais;
Caminhante, não existe caminho,
Se faz o caminho ao andar”.*

Antonio Machado

	<i>Pág.</i>
LISTA DE ABREVIATURAS	<i>xvii</i>
LISTA DE TABELAS	<i>xix</i>
LISTA DE FIGURAS	<i>xxi</i>
LISTA DE GRÁFICOS	<i>xxiii</i>
RESUMO.....	<i>xxv</i>
ABSTRACT.....	<i>xxix</i>
INTRODUÇÃO	33
CAPÍTULO I- O Hospital: o referencial teórico do estudo.....	43
1.1- Desenvolvimento histórico-social do hospital: os séculos XVIII e XIX	45
1.2- A consolidação do paradigma mecanicista na medicina e na Saúde	49
1.3- Paradigma Positivista, Modelo Biomédico e Hospital Moderno: relações	56
CAPÍTULO II- “Do Mosaico ao Vital”: um itinerário metodológico	63
2.1- O campo da Antropologia da Saúde	67
2.2- A pesquisa etnográfica: a moldura teórico-metodológica	71
2.3- Um “mosaico”: o cenário cultural da pesquisa	74
2.4- Os atores envolvidos	75
2.5- O trabalho de campo	76
2.6- Procedimentos para coleta, registro e análise das informações....	85
2.7- O rigor do estudo e os cuidados éticos	89
CAPÍTULO III- O “mosaico”: descrevendo o cenário cultural	93
3.1- O Hospital de Clínicas da Unicamp: o contexto do estudo	98
3.2- A Reforma Organizacional	100
3.3- A Enfermaria Cirúrgica	104

CAPÍTULO IV- Ritos de Iniciação e de Passagem: estágios da trajetória profissional..	112
CAPÍTULO V- O Espaço Físico da Copa: liminaridade, <i>communitas</i> e antiestrutura...	128
CAPÍTULO VI- Um misto de urgência, angústia e satisfação: características	
marcantes do processo de trabalho	150
6.1- “Você ainda vai receber muitas flores em sua vida”	156
CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173
ANEXOS	183
Anexo 1- Planta Física do Cenário Cultural	185
Anexo 2- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	186
Anexo 3- Autorização para fotografar a estrutura física do Hospital..	188
APÊNDICES	190
Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	192
Apêndice 2- Questionário Socioeconômico	193
Apêndice 3- Roteiro para entrevistas	195
Apêndice 4- Fotografias da estrutura física do HU	196
Apêndice 5- Folha para elaboração dos Domínios Culturais	201

ABA – Associação Brasileira de Antropologia
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
EGA – Enfermaria Geral de Adultos
FAB – Ferimento por Armas Brancas
FCM – Faculdade de Ciências Médicas
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária
FUNCAMP – Fundação de Desenvolvimento da Unicamp
HC – Hospital de Clínicas
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP – Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC – Ministério da Educação
OMS – Organização Mundial de Saúde
PUCCAMP – Pontifícia Universidade Católica de Campinas – SP
R₁ – Médico do primeiro ano da Residência Médica
SUS – Sistema Único de Saúde
UER – Unidade de Emergência Referenciada
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

TABELA 1 – Distribuição dos hospitais universitários e respectivos leitos nas regiões brasileiras, 2005.

TABELA 2 – Distribuição dos docentes em atividade nos HUs por titulação e regiões geográficas, média semestral de 2005.

TABELA 3 – Indicadores de produção do Hospital de Clínicas da Unicamp, Campinas, 2004-2008.

TABELA 4 – Distribuição da amostra por categorias profissionais, Campinas, 2008.

TABELA 5 – Distribuição da amostra por renda familiar, Campinas, 2008.

TABELA 6 – Distribuição da amostra por tempo de serviço no HC/Unicamp, Campinas, 2008.

TABELA 7 – Distribuição da amostra por escolaridade, Campinas, 2008.

FIGURA 1 – Visão geral do Organograma.

FIGURA 2 – Organograma do Departamento de Enfermagem do HU.

FIGURA 3 – Área externa do HU. Foto: Tiago Elídio.

FIGURA 4 – Corredor de acesso aos elevadores. Foto: Tiago Elídio.

FIGURA 5 – Corredor de acesso à Enfermaria Cirúrgica. Foto: Tiago Elídio.

FIGURA 6 – Vista externa através da janela do corredor de acesso à Enfermaria Cirúrgica. Foto: Tiago Elídio.

FIGURA 7 – Pátio em frente à Enfermaria Cirúrgica. Foto: Tiago Elídio.

FIGURA 8 – Posto de Enfermagem da Enfermaria Cirúrgica. Foto: Tiago Elídio.

FIGURA 9 – Corredor interno que interliga a Enfermaria Cirúrgica à Enfermaria de Emergência Clínica. Foto: Tiago Elídio.

FIGURA 10 – Copa ou sala do café da Enfermaria Cirúrgica e da Enfermaria de Emergência Clínica. Foto: Tiago Elídio.

FIGURA 11 – Espaço físico da copa da Enfermaria Cirúrgica e da Enfermaria de Emergência Clínica. Foto: Tiago Elídio.

FIGURA 12 – Piano no pátio externo em frente à Enfermaria Cirúrgica. Foto: Tiago Elídio.

GRÁFICO 1 – Distribuição da amostra por sexo, Campinas, 2008.

GRÁFICO 2 – Distribuição da amostra por número de vínculos empregatícios, Campinas, 2008.



RESUMO

Este estudo tem como objetivo interpretar as dimensões estruturais e simbólicas da cultura de uma enfermaria cirúrgica de um Hospital Universitário em Campinas-SP. A investigação é pertinente devido à importância do desenvolvimento de estudos qualitativos que dirijam seu interesse ao aspecto cultural do hospital e por permitir uma imersão nas dimensões micro-sociológicas do trabalho em saúde em um contexto de transição organizacional e paradigmática. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tendo como referencial metodológico a pesquisa etnográfica. O trabalho de campo foi realizado na Enfermaria Cirúrgica do referido hospital no período de março a setembro de 2008. Os atores sociais envolvidos foram os profissionais que compõem a equipe multiprofissional atuante naquele cenário. Para coletar as informações foram combinadas as seguintes técnicas de pesquisa: observação participante, entrevistas individuais semi-estruturadas, questionário sócio-econômico e fotografias da estrutura física. Os dados provenientes das observações participantes foram registrados no diário de campo e as entrevistas registradas em áudio para posterior transcrição e análise. A análise das informações foi realizada mediante a elaboração de domínios culturais, análises taxonômicas e temas culturais. Os temas culturais que emergiram foram: **Ritos de Iniciação e de Passagem: estágios da trajetória profissional** – discutem-se as vivências dos profissionais de saúde nos períodos de experiência, por ocasião da admissão como funcionário do hospital e as passagens entre categorias profissionais específicas; **O espaço físico da copa: liminaridade, *communitas* e antiestrutura** – abordamos os aspectos relacionados à construção de espaços liminares no interior do ambiente estrutural da organização hospitalar no intuito de permitir a vivência de situações sociais de *communitas* e antiestrutura, além de possibilitar a subjetivação da experiência do trabalho em saúde; e **Um misto de urgência, angústia e satisfação: características marcantes do processo de trabalho** - são abordados os diversos aspectos e nuances que permeiam o processo de trabalho dos profissionais de saúde do cenário cultural estudado, bem como a relação entre a urgência dos cuidados desenvolvidos e, paralelamente, a angústia e a satisfação geradas pelo trabalho desses atores sociais. Com base nesses temas culturais são tecidas algumas considerações a cerca da cultura estudada, destacando a importância que o espaço físico da copa interna da enfermaria assume, ao permear diversos aspectos concernentes ao modo próprio de viver, pensar e sentir o cotidiano dos profissionais de saúde que atuam nesse contexto. Além disso, acentua-se a emergência de inúmeras estratégias e mecanismos de resistência que se expressam por meio da elaboração de “anti-cenários”, de caráter simbólico, que são interpretados e manipulados pelos sujeitos da pesquisa diariamente no sentido de possibilitar uma vivência mais saudável em um ambiente estruturado, hierarquizado, artificial, disciplinado e medicalizado, como é o ambiente hospitalar. Por fim, destaca-se a contribuição que a experiência vivenciada na copa pode trazer à reforma organizacional em curso no campo de pesquisa e à área de Administração em Enfermagem, bem como o fato do hospital ser uma instituição que também comporta a dimensão humana, os rituais, os processos de individualização, as hierarquias mais flexíveis, os espaços de socialização e lazer, dentre tantos outros aspectos.

Palavras-chave: Antropologia. Cultura. Equipe de Assistência ao Paciente. Comportamentos Ritualísticos.

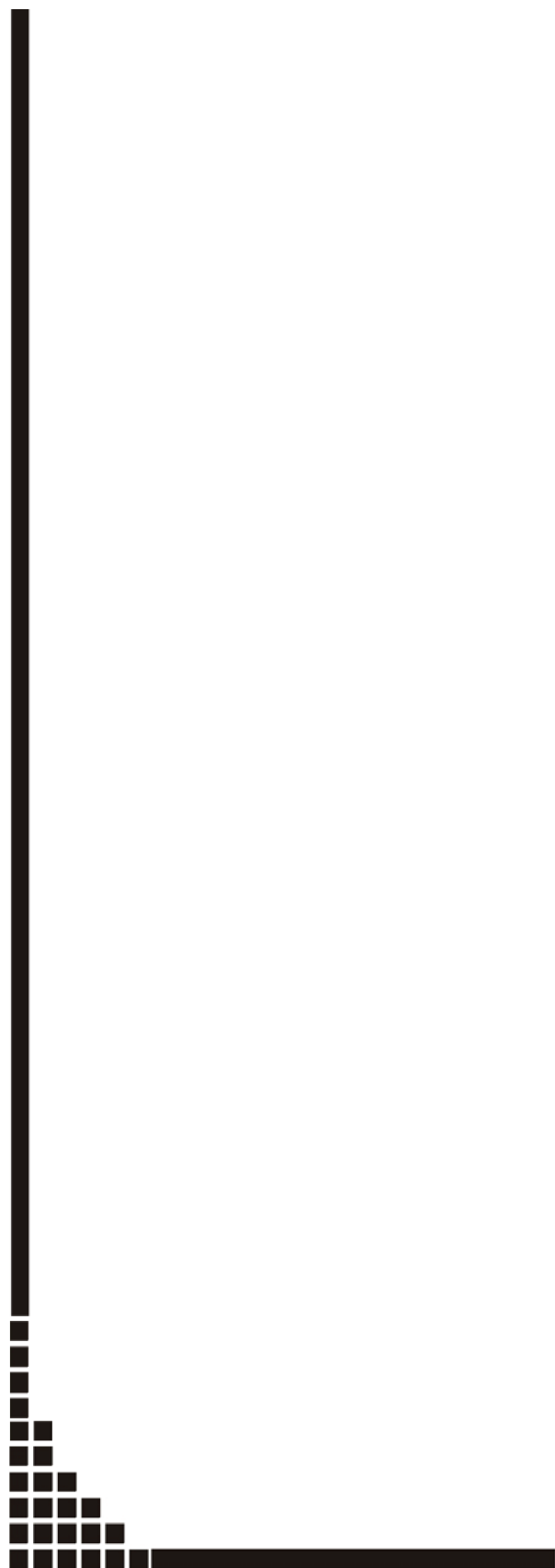
Linha de Pesquisa: Trabalho, Saúde e Educação.



ABSTRACT

This study aims to interpret the structural and symbolic dimensions of the surgical ward culture in the University Hospital in Campinas. This research is relevant because of the importance of the development of the qualitative studies, which addresses their interest to the hospital's cultural aspects and allow an immersion in the micro-sociological topics of health work in a context of organization and paradigm transition. This is a qualitative approach study according to the anthropological tradition, with an ethnographic research method reference. The fieldwork was conducted in the surgical ward, from March to September, 2008. The participants were 45 professionals of the patient team care. To collect the information the following research techniques were combined: participant observation, interviews, socio-economic questionnaire and photographs of the physical structure. Data from participant observations were recorded daily in the field and interviews were recorded in audio for later transcription and analysis. The analysis of information was performed through the development of cultural domains, taxonomic analysis and cultural themes. The cultural themes which emerged from the analysis were: **Rites of Initiation and Passage: career stages** - it discusses the experiences of health professionals in times of experience when admitted at the hospital and their passages through specific occupational categories, and it is based on the theoretical concept of liminality; **The dining room: liminality, *communitas* and anti-structure** - it address the aspects of liminal spaces within the structural environment of the hospital organization, to enable the experience of *communitas* and social situations of anti-structure in addition to providing the subjectivity of the experience of working with health; and **a mix of urgency, anxiety and satisfaction: characteristics of the work** - the various aspects that permeate the health professionals work in the cultural scene studied and the relationship between the urgency of care developed are discussed and, simultaneously, the anguish and satisfaction generated by the work of these social actors. Based on these cultural themes some considerations were made about the culture studied, highlighting the importance of the dining room which permeates many aspects concerning the way of living, thinking and the daily experience of health professionals, who operate in that context. Furthermore, it emphasizes the emergence of many strategies and mechanisms of resistance that are expressed through the development of "anti-scenarios" of symbolic character, which are interpreted and handled daily by the subjects of research to enable a healthier experience in a structured, hierarchical, artificial, medical and disciplined environment, as the hospital. Finally, there is the contribution which the experience in the dining room can bring to organizational reform underway in the search field and to the Nursing Administration area, and the fact that the hospital is an institution which also includes the human dimension, the rituals, the processes of individualization, the flexible hierarchies, the areas of socialization and recreation, among many other things.

Key-words: Anthropology. Culture. Patient Care Team. Ceremonial Behavior.



INTRODUÇÃO

A pesquisa que nestas páginas toma forma e estrutura está relacionada, se levarmos em consideração minhas intenções e projetos de ação, com meu itinerário como estudante e, atualmente, como profissional de Enfermagem. Mesmo desvinculado de uma prática profissional pautada na assistência, mantive uma interface com esta, desde o meu período de formação, por meio da prática docente e, mais especificamente, pela participação em projetos de iniciação científica.

Foi na construção desse itinerário marcado por rupturas, recortes, superações e, mais que isso, encontros e desencontros, que tive oportunidade de encenar, ao lado de significativos atores sociais, as mais diversas cenas e situações que tiveram como cenário central as cidades de Carpina, Recife e Olinda, todas no Estado de Pernambuco.

No entanto, diante de uma realidade social orgânica, multifacetada e permeada pela relação dialética entre cultura, indivíduo e sociedade, foi inevitável a internalização e socialização de valores, visões de mundo e estilos de vida, conhecidos, mormente, nas interações sociais com os atores com os quais protagonizei nos mais variados momentos de nossas histórias.

Acredito que para os fins que aqui pretendo, seja necessário pinçar um ponto mais específico desse processo de internalização e socialização: meu contato com as Ciências Sociais e os posteriores desdobramentos em minha formação profissional.

Foi na tentativa de buscar caminhos alternativos para redesenhar meu percurso acadêmico que me abri, sem ter plena consciência, para leitura de uma realidade social, baseada na perspectiva da Complexidade, que tem problemas cada vez mais polidisciplinares, transversais, multidimensionais.

As Ciências Sociais, particularmente a Sociologia e a Antropologia, ofereceram-me a possibilidade teórica e metodológica de esboçar essas compreensões e interpretações do contexto social e, notadamente, uma análise integrativa e holística do processo saúde-doença e de como a Enfermagem, e as demais Ciências da Saúde, inserem-se nesse processo, nele interferem e, dialeticamente, estruturam-se.

Mas desenvolver uma carreira profissional, no interior do campo da saúde, baseada em uma postura teórica que pressupõe uma abordagem ampliada em relação ao mecanicismo, de inspiração positivista, significa trazer à luz os aspectos sociais, psicológicos e culturais

concernentes à saúde e à doença, perdidos no desenvolvimento histórico-social e político da racionalidade médica moderna.

Portanto, este estudo, inserido no processo histórico-social que representa a construção cotidiana de uma identidade profissional, pode ser considerado parte de um itinerário dinâmico e culturalmente situado. Tomado nesse ponto de vista, o direcionamento do foco dessa investigação ao hospital, pressupõe, em última análise, um conhecimento de si (enquanto profissional de saúde, principalmente); pressuposto este comum na Antropologia Moderna desde sua origem.

Com essa breve apresentação, pretendo destacar uma das características fundamentais da pesquisa social de caráter qualitativo: seu objeto de estudo é historicamente situado e seu principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador. Assim justifica-se, também, a relação intersubjetiva entre o pesquisador e os atores sociais que atuam em um determinado cenário ou situação social; relação esta essencial para o sucesso de uma investigação qualitativa que, segundo Queiroz (1), acrescenta ao mundo unidimensional, utilitário e achatado, dimensionado pelo positivismo, uma perspectiva subjetiva que se projeta na profundidade, no sentido e no significado do fato, e restabelece um equilíbrio entre sujeito e objeto.

O foco sobre o qual esse estudo pretende lançar luz é a cultura da enfermagem cirúrgica de um Hospital Universitário (HU) em Campinas-SP, que mesmo tendo uma estrutura hierarquizada, com normas, regras e rotinas bem estabelecidas, possui um aspecto vivo – que pode manifestar-se como resistência ou como uma visão transformadora sobre o serviço oferecido – para o qual direciono, em particular, meu interesse.

O conceito de cultura que norteará nossas interpretações antropológicas é o apresentado por Clifford Geertz (2). Este autor, baseado em Max Weber, assume que a cultura são as teias de significados tecidas pelo Homem e dessa maneira, ela ultrapassa os padrões concretos de comportamentos para abarcar uma série de símbolos significantes presentes em cada contexto social. Nessa perspectiva o Homem é concebido como produto cultural.

A cultura é esse variado contexto no qual agimos e interagimos dialeticamente. No entanto, não apenas somos “controlados” pela cultura, como também participamos, ativamente ou passivamente, da sua construção, manipulação e interpretação. O Homem, esse produto cultural inacabado e em constante elaboração, ao “escrever” sua história de vida é envolvido por padrões

culturais já existentes e que continuarão a existir depois de sua morte. Mas, em vida, ele é ator e autor de uma infinidade de situações sociais que se passam nas mais diversas circunstâncias; nesse vir-a-ser permanente da existência criadora, os significados, as razões, os atributos, o colorido de cada cena e de cada cenário são forjados cotidianamente e é no interior desse processo que adquire sentido e somente a partir do ponto de vista de seus produtores podem ser interpretados.

Cabe introduzir a importância de um estudo qualitativo no hospital. No Brasil, tem havido poucos estudos qualitativos tendo-o como foco. Entre tais estudos destaca-se o de Miranda (3) e o de Lenardt (4). Este último interpretou os significados das vivências do paciente cirúrgico em sua trajetória de internação. Nesse sentido, a perspectiva da atual pesquisa é complementar, na medida em que focaliza os profissionais que atuam em uma enfermaria cirúrgica.

A relevância desse estudo consiste na possibilidade de, partindo de uma perspectiva antropológica, tentar interpretar a cultura e, mais precisamente, o cotidiano dos profissionais que atuam em uma enfermaria cirúrgica e, em uma dimensão macrossociológica e antropológica, entender como estes atores sociais participam e atuam em uma instituição social, médico-política que tem seu desenvolvimento histórico pautado no discurso disciplinar.

Tal conhecimento permite trazer à tona o aspecto cultural e invisível que permeia uma organização complexa, como é a hospitalar. Tendo em vista as grandes transformações que se processam na área médica, em geral, e hospitalar, em particular, esse tipo de estudo justifica-se por permitir entender a visão de profissionais de saúde e, com isso, ampliar a perspectiva das transformações possíveis que podem se processar no hospital.

Em um sentido mais específico, este trabalho justifica-se como uma contribuição à reforma organizacional do HU, na medida em que evidencia a visão dos profissionais de saúde sobre os problemas percebidos na Instituição durante o processo que se estrutura. O estudo parte do pressuposto teórico de que a instituição hospitalar, com todas as práticas e saberes que produz, está inserida em um espaço cultural que dá sentido e organiza, em última instância, os aspectos técnicos e científicos da sua produção e reprodução (5).

É importante ressaltar que a presente investigação inscreve-se em uma zona de transição, trocas e compartilhamentos: a área interdisciplinar. Com isto, pretende-se ampliar a discussão

teórica das informações coletadas nas situações sociais e nas entrevistas realizadas. Cabe agora introduzir o percurso que culminou com a delimitação do problema da pesquisa e suas principais descobertas.

O objeto de estudo dessa pesquisa, como explicitado anteriormente, é a cultura da enfermaria cirúrgica. Embora interessado nesse aspecto mais amplo dessa unidade hospitalar, diante da complexidade da realidade social vislumbrada no campo de pesquisa, foi necessário fazer alguns direcionamentos ou recortes no sentido de permitir uma interpretação dessa cultura, tendo em vista, também, o tempo cronológico para realização do Mestrado.

Tal necessidade foi inquietante, pois frente a essa dimensão mais ampla da realidade social que se apresentava, foi inevitável vivenciar com ansiedade a tentativa de retratá-la e interpretá-la por meio de um estudo etnográfico.

Busquei em autores como Habermas (6), Goffman (7), Spradley (8,9) e Geertz (2), para citar alguns, a fundamentação teórica que pudesse proporcionar um entendimento da dimensão macrossociológica, sem perder de vista a dimensão cotidiana da realidade social, mais precisamente, as microrrelações e microrrealidades que constituem, em última análise, a organicidade da teia de significados construída por um determinado grupo, ou seja, a sua cultura.

Passado esse momento inicial, assumi uma postura teórica aberta e integrativa, na medida em que tentava conciliar as ideias dos autores, nos quais ancorei minhas “angústias” de pesquisador. Dessa maneira, adotei, como sugere Queiroz (1), uma abordagem compreensiva que percebe o ator social como um agente que interpreta o mundo à sua volta com uma atitude que contém intenções e, portanto, projetos de ação. Nessa abordagem, o plano de pesquisa não permaneceu prisioneiro de hipóteses *apriorísticas*, uma vez que a compreensão do problema resultou de um processo indutivo que se foi definindo e delimitando na exploração do contexto social da própria pesquisa e das informações transmitidas por informantes que exibiram conhecimento e avaliação sobre ele.

Essa perspectiva, própria do método qualitativo introduzido pela Antropologia Moderna, a etnografia, entende que a interpretação do sentido, do significado exige que o método abra-se em um processo de negociação perene com a realidade estudada, o que significa adotar uma postura

maleável, capaz de adaptar o método a cada oportunidade da investigação. Tal postura requer, sem se opor a um levantamento de dados quantitativos, uma avaliação dos imponderáveis da vida social, do colorido emocional presente nos eventos, que escapam ao controle numérico e exige do pesquisador uma abertura emocional e intuitiva (1,10).

Foi assim que, durante o trabalho de campo etnográfico, pude desvelar um espaço que se afirma como liminar (11): o espaço físico destinado para os funcionários tomar café e fazer lanches, a copa interna da referida enfermaria. Este espaço mostrou-se importante em nossa pesquisa porque nele a dimensão cultural das relações sociais assumiu um caráter com menos densidade técnica/operacional e maior densidade humano/simbólica.

Esse espaço opera como um verdadeiro bastidor do grande cenário formado pelos quartos dos pacientes, posto de enfermagem, corredores e demais espaços da enfermaria; por meio do qual podemos compreender o emaranhado que compõe a teia de significados e a construção de subjetividades entre os profissionais que lá transitam.

Nesta pesquisa, o termo subjetividade será entendido como um valor de poder criativo, uma potência de criar dispositivos novos, inovadores, em uma intrincada e dialética (social – individual) produção de sentidos, não se restringindo nem ao aparato interior do indivíduo, nem ao mundo externo relativo às regras e às estruturas organizacionais (12).

Dessa forma, ao considerar as dimensões estruturais e simbólicas de tal espaço, atentei para a teatralidade do cotidiano, observando, como bem explica Mafessoli (13), a lógica do vivido e sua dinâmica orgânica. Cabe dizer que, mesmo voltando o foco à copa, a realidade vivenciada fora dela nunca foi negada ou esquecida; pelo contrário, as informações obtidas na copa eram fundamentais às observações levadas a cabo nos outros espaços da enfermaria e igualmente importante aos delicados movimentos que fiz ao inserir-me nas diversas situações sociais.

Vale salientar que o espaço físico da copa esteve relacionado diretamente com todos os aspectos que serão apresentados e discutidos nesse estudo. Por isso, a copa assumiu de certa forma, um papel central durante o trabalho de campo, já que a partir dela podia me pôr em contato com o todo constituinte da cultura do cenário em questão. Com essa perspectiva, não me

contentei com uma visão mecânica. Fui além, ao tentar interpretar aspectos íntimos das relações sociais e simbólicas na perspectiva dos atores que as vivenciavam.

Para lograr tal pleito, recorri à Antropologia da Saúde como o campo de ancoragem teórica e metodológica da investigação. Entendo que esta área científica, com todos os recursos teóricos e metodológicos de que dispõe, favorece uma perspectiva de interpretação em profundidade, permitindo ao pesquisador a imersão nas cenas culturais a serem estudadas, aproximando-o intimamente dos atores sociais que, cotidianamente, tecem os fios de uma determinada cultura.

Aproximar o pesquisador do mundo dos atores sociais capacita-o, gradativamente, a ler os textos que são produzidos naquela cultura e a interpretá-los, levando em conta os significados que os atores lhes atribuem. Esse movimento permite partilhar a cultura estudada contribuindo para a realização de análises, leituras e interpretações que se pretendem livres do etnocentrismo; este último apresenta-se no texto antropológico quando o pesquisador não controla seus próprios valores morais e categorias de percepção e de entendimentos, sobrepondo-os aos dos nativos.

Ao me propor a interpretar as entrelinhas, o invisível, o não-dito que permeia as interações sociais entre esses profissionais, assumi posturas, funções, lugares que os atores me indicaram. Foi assim que pude perceber que não há uma razão objetiva e sim, razões: a razão do outro, que só faz sentido aonde esta razão se configura. Em um mundo *vivo*, em mudança constante, como definido por Habermas (6).

Diante disso, posso inferir que os aspectos mais concretos da organização (procedimentos, serviços, atendimentos etc.) são dependentes dessa dinâmica que ocorre no “mundo vivo” e, conhecê-lo, torna-se premente, uma vez que este constitui o pano de fundo que dá cor, tom e realce às múltiplas realidades que sobre ele se inscreve.

Para guiar o desenvolvimento desta investigação tive como questão norteadora: *Como é o cotidiano dos profissionais que atuam na equipe de saúde da enfermaria cirúrgica de um Hospital Universitário, em Campinas-SP?*

Em consonância com esta pergunta, formulei o objetivo geral da pesquisa: *interpretar as dimensões estruturais e simbólicas da cultura da enfermagem cirúrgica de um Hospital Universitário em Campinas-SP.*

Esse texto está estruturado em seis capítulos, além desta introdução. O primeiro apresenta a revisão da literatura sobre o hospital na perspectiva das Ciências Humanas e Sociais. O segundo, explica o referencial teórico-metodológico do estudo e o caminho trilhado no trabalho de campo. O terceiro capítulo descreve o cenário cultural em que foi desenvolvido o estudo etnográfico. No quarto capítulo – **Ritos de Iniciação e de Passagem: estágios da trajetória profissional** – discute-se as vivências dos profissionais de saúde nos períodos de experiência por ocasião de suas contratações no hospital e as passagens entre categorias profissionais específicas, tendo como base teórica o conceito de liminaridade. No capítulo cinco – **O espaço físico da copa: liminaridade, *communitas* e antiestrutura** – abordamos os aspectos relacionados à construção de espaços liminares no interior do ambiente estrutural da organização hospitalar no intuito de permitir a vivência de situações sociais de *communitas* e antiestrutura, além de possibilitar a subjetivação da experiência do trabalho em saúde. E no capítulo seis – **Um misto de urgência, angústia e satisfação: características marcantes do processo de trabalho** - são abordados os diversos aspectos e nuances que permeiam o processo de trabalho dos profissionais de saúde do cenário cultural estudado, bem como a relação entre a urgência dos cuidados desenvolvidos e, paralelamente, a angústia e a satisfação geradas pelo trabalho desses atores sociais. Por fim, são tecidas algumas considerações finais baseando-se nos conteúdos discutidos no decorrer do texto.



CAPÍTULO I

O Hospital: o referencial teórico do estudo

1.1 Desenvolvimento histórico-social do hospital: séculos XVIII e XIX

No século XVIII o hospital passou a ser reestruturado, tanto em sua funcionalidade como em sua estrutura física. Sua função foi incorporada a uma atividade que se pretendia terapêutica. Este século também presenciou uma importante revolução epistemológica na medicina. Em seus últimos anos, nasce a Medicina Moderna, científica, influenciada pelas contribuições das obras de Morgani e Bichat: o aparecimento da anatomia patológica que proporcionou um deslocamento no foco do saber médico (14).

Esse novo paradigma proporcionou um reequilíbrio da medicina em torno da clínica: a relação entre o visível e o invisível, necessária a todo saber concreto, mudou de estrutura e fez aparecer, sob o olhar e na linguagem, o que se encontrava aquém e além de seu domínio. Estabeleceu-se uma aliança entre o *ver* e o *dizer* proporcionando uma nova racionalidade ao saber médico (15-16).

Anteriormente, o hospital tinha como função essencial a assistência aos pobres, como também separação e exclusão. O personagem principal do hospital, até essa época, não era o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E o pessoal (“profissionais”) que aí trabalhava não tinha como objetivo primeiro a cura do doente, mas conseguir sua própria salvação através da caridade. A medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista e a experiência prática estava excluída da formação ritual do médico (14).

Esse paradigma científico foi acompanhado de um novo sentido organizacional, com papéis profissionais mais bem definidos e com o início de um longo processo de especialização. Este processo foi denominado por Foucault (14) como a introdução de um sistema de disciplinarização e controle do corpo. Em suas palavras:

mesmo historicamente existindo, é no século XVIII que os mecanismos disciplinares são aperfeiçoados como uma nova técnica de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los (14).

A partir dessa época o hospital passa a fazer parte de um fato médico-hospitalar. Surge, portanto, um novo olhar sobre o hospital, considerado como máquina de curar e que, se produz

efeitos patológicos, deve ser corrigido. Essa orientação mecanicista passa a considerar as pessoas que nele trabalham como partes substituíveis para o funcionamento contínuo e eficiente da máquina (14-17).

Do ponto de vista antropológico, o hospital configura-se, a partir da reforma do século XVIII, como uma organização social que guardava e/ou guarda algumas das características das instituições fechadas e totais; sendo também uma instituição medicalizada, disciplinada e disciplinadora. Espaço privilegiado para o estudo das relações de poder.

O hospital passou a ser considerado um instrumento terapêutico a partir do momento em que houve uma transformação epistemológica na medicina e a introdução de mecanismos disciplinares para conferir organização e eficiência ao seu funcionamento. Ele passou a ser estratégico à medida que poderia ser utilizado para a efetivação de uma ruptura na maneira de formar médicos (saber) contribuindo para o desmantelamento dos estigmas que o caracterizavam. Para tanto, necessitava adequar-se (poder) às normas da sociedade já que, durante tanto tempo, era um espaço afastado dos olhares e distante do cerne da sociedade.

Há uma nova disposição dos objetos do saber: um domínio no qual a verdade se ensina por si mesma, e da mesma maneira, ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ainda ingênuo: tanto para um quanto para o outro, só existe uma linguagem: o hospital, aonde a série dos doentes examinados é, em si mesma, a escola (15).

É nesse contexto que se esboça o que posteriormente ficará conhecido, também, como hospital de ensino ou hospital-escola, que terá alguns aspectos importantes discutidos no capítulo 3 desta pesquisa.

Sobre essas questões, Foucault (15) considera pertinente realizar alguns questionamentos éticos: (1) com que direito se podia transformar em objeto de observação clínica um doente que a pobreza obrigava a vir pedir assistência no hospital? (2) mas olhar para saber, mostrar para ensinar não é violência muda, tanto mais abusiva que se cala, sobre um corpo de sofrimento que pede para ser minorado e não manifestado? (3) pode a dor ser espetáculo? E o mesmo autor dá a resposta explicativa:

pode e mesmo deve pela força de um direito sutil que reside no fato de que ninguém está só, e o pobre menos do que os outros, que só pode receber assistência pela mediação do rico. Visto que a doença só tem possibilidade de encontrar a cura se os outros intervêm com seu saber, seus recursos e sua piedade, pois só existe doente curado em sociedade, é justo que o mal de uns seja transformado em experiência para os outros; e que a dor receba assim o poder de se manifestar; o homem que sofre não deixa de ser cidadão... A história dos sofrimentos a que ele está reduzido é necessária aos seus semelhantes porque lhes ensina quais os males que os ameaçam. Recusando-se a se oferecer como objeto de instrução, o doente se tornaria ingrato, pois teria usufruído das vantagens que resultam da sociabilidade, sem pagar o tributo do reconhecimento. E, reciprocamente, delinea-se para o rico a utilidade de ajudar os pobres hospitalizados: pagando para tratá-los, pagará de fato, inclusive, para que se conheçam melhor as doenças que podem também afetá-lo; o que é benevolência com respeito ao pobre se transforma em conhecimento aplicável ao rico: os dons benéficos são mitigar os males do pobre, de que resultam luzes para a conservação do rico. Sim, ricos beneficentes, homens generosos, esse doente que se deita no leito que para ele preparastes experimenta presentemente a doença de que não tardareis em ser atacado; ele se curará ou perecerá; mas em um ou outro caso, sua sorte pode esclarecer vosso médico e vos salvar a vida (15).

Para lograr a submissão do doente ao saber biomédico, recorreu-se aos mecanismos de disciplina, que como referido anteriormente, foi reformulado para atender às necessidades dessa instituição que emergia. Este indivíduo doente que vinha (ou vem!) buscar cura ou alívio para seu sofrimento, necessitava ser enquadrado através de um processo que Goffman (18) denominou de “mortificação do eu” e incluí, basicamente, as seguintes intervenções no indivíduo: 1) separação do mundo exterior; 2) privação de sua identidade; 3) espoliação do seu papel social; 4) ameaça à segurança pessoal; e 5) violação da sua privacidade.

Esses atos que sinalizam a existência de um poder e que são evidenciados pelos mecanismos de controle construídos com base na disciplina, segundo Foucault (19), irão caracterizar o que Goffman (18) chamou de “instituição total” ao estudar os presídios, conventos e hospitais psiquiátricos. Tais instituições são um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal. Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento *natural* sobre o que se pode fazer ao eu – nisto reside seu especial interesse para as Ciências Sociais (18,20).

Tanto Goffman (18) quanto Luz (20) mostram que, nessas instituições, há uma divisão entre os indivíduos efetuada pelo poder institucional. O primeiro autor os denomina de equipe dirigente e internados e a segunda fala em comandantes e subordinados obedientes. “Desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com pontos de

contato oficial, mas com pouca interpenetração (18).” Assim, disciplina não passou a atuar exclusivamente no doente, mas nos dois grupos de indivíduos que compõem a instituição hospitalar – os trabalhadores e os internados (doente). Foucault (14) enumerou as características da disciplina:

1) *A disciplina é uma arte de distribuição espacial dos indivíduos*: ela é, antes de tudo, a análise do espaço. É a individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório, combinatório – no hospital há uma estruturação física de seu espaço que isola, segrega, classifica e rotula;

2) *A disciplina exerce seu controle, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento* – os padrões, as normas, as rotinas, o “passo-a-passo” previamente estruturado favorece um controle sobre o indivíduo ainda durante a realização das tarefas de maneira a planificar e homogeneizar os processos de trabalho;

3) *A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos* – neste ponto repousa uma das justificativas para a existência de supervisores, coordenadores, diretores, gerentes e todo um arsenal hierárquico que vigia, observa, disciplina e enquadra os indivíduos por meio do discurso institucional; e

4) *A disciplina implica em um registro contínuo*. É um poder contínuo atuando sobre o indivíduo. A individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder – a disciplina favorece a burocratização das relações humanas no ambiente hospitalar através dos formulários, impressos, registros, evoluções, relatórios e etc., assim tem-se o controle metódico do que é feito, diante e longe dos “olhos” institucionais.

Todas essas características passaram a fazer parte da organização do trabalho no hospital e da maneira como o saber e a prática médica eram (e são) ensinados e estruturados. Tais aspectos, no decorrer da história, foram ganhando forças graças ao desenvolvimento, no século XIX e XX, de outras áreas do conhecimento, marcadamente da Teoria Geral da Administração, como muito bem expõe as idéias de burocracia de Max Weber (21).

No século XIX o hospital estava caracterizado também como uma estrutura espacial, com isso sua arquitetura deveria servir como fator e instrumento de promoção de cura. Seu espaço passou a ser medicalizado em sua função e em seus efeitos; no seu interior, houve uma transformação no sistema de poder no qual o novo personagem, o “médico de hospital”, passa a ser responsável pela organização hospitalar; e desenvolve-se a organização de um sistema de registro permanente do que acontece, constituindo-se assim um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber (14):

o saber médico passa a ter seu lugar, não mais nos livros, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. A clínica passa a ser a dimensão essencial do hospital que agora também é formador de médicos (14).

Seguindo o curso da história, o hospital recebeu os reflexos de diversas transformações sociais e econômicas mais amplas contribuindo para a consolidação do modelo biomédico, aspecto de especial interesse neste estudo.

1.2 A Consolidação do Paradigma Mecanicista na Medicina e na Saúde

No final do século XIX, a humanidade vivenciava um contexto marcado por modificações econômicas, derivadas especialmente da Revolução Industrial, que repercutiram nas relações familiares e sociais mais gerais e, no campo científico, pela constituição de novas ciências como a Psicologia, Psicanálise e Sociologia.

Além disso, importantes descobertas foram realizadas na área biomédica, com destaque para: Louis Pasteur (1822-1895) no campo da microbiologia; Lord Lister (1827-1912) cirurgião que passou a usar o fenol como anti-séptico conseguindo reduzir as infecções pós-operatórias; Robert Koch (1843-1910) descobridor do agente etiológico da tuberculose e que também postulou a teoria microbiana da doença em relação a esse agente; *sir* Patrick Manson, pai da medicina tropical, demonstrou, em 1877, que a elefantíase era transmitida pelo mosquito *Culex*; Ronald Ross mostrou, na Índia, que a malária também tinha como vetor um mosquito; o norte-americano Walter Reed (1851-1902) provou, bem antes do desenvolvimento da virologia, que a febre amarela era causada por um agente filtrável, ainda transmitido por mosquito; Edward

Jenner (1749-1823), um médico rural da Inglaterra, lançou as bases empíricas do que, no século XX, seria chamado de vacinas; e foram identificados entre 1880 e 1898 os germes causadores de diversas doenças infecto-contagiosas (22).

Imerso em uma atmosfera de grandes descobertas, o homem do século XX experimentou o desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Esse desenvolvimento deu-se em sintonia com a indústria e resultou no surgimento de vacinas e soros. Na Alemanha, Paul Ehrlich (1854-1915), pai da moderna quimioterapia, introduziu em 1910 compostos arsenicais (o 606 e depois o 914) no tratamento da sífilis, cujo agente causador, o treponema, havia sido descoberto pouco tempo antes por Fritz Schaudinn. Os químicos da indústria alemã de corantes sintetizaram em 1926 e 1930 o Pamaquin e a Mepacrina, drogas antimaláricas. Em 1935, Gerhard Domagck lança o Prontosil, a primeira sulfa. A Segunda Guerra Mundial estimulou, por razões óbvias, a busca de drogas desse tipo. Desse modo, e a partir dos estudos de Alexander Fleming (1881-1955), que, em 1928, constataria casualmente o efeito inibidor do fungo *Penicilium notatum* sobre culturas bacterianas, surgiu a penicilina, a qual, a partir de 1943 se tornou disponível para uso clínico – graças a Howard Florey e Ernest Chain, que aperfeiçoaram o método de produção da droga. Em 1944 Selman A. Waksman descobriu a estreptomicina, que, combinada com outras drogas, revolucionou o tratamento da tuberculose e esvaziou os sanatórios (22).

O novo século guardava seus encantos e desencantos, vislumbrados gradativamente no passar dos anos e no desvendar de acontecimentos, rupturas, expansões, imposições de limites, intolerâncias, desenvolvimento bélico, crescimento econômico e descobertas científicas que, por consequência, ampliaram o domínio do homem sobre a natureza.

Paralela à Medicina Social desenvolvida, com suas especificidades, na Alemanha, França e Inglaterra do século XIX – que, de alguma forma, estiveram mais relacionadas com a consolidação da área que hoje denominamos de Saúde Coletiva – a Medicina Moderna, alopática, científica, seguia seu caminho à sombra das diversas descobertas e invenções tecnológicas próprias desse tempo.

No seio dessa Medicina Moderna, que se redesenhava pautada na metodologia científica das ciências naturais e biológicas, co-existiam modelos terapêuticos dissidentes, que antes eram

dominantes, como a homeopatia, por exemplo. No entanto, nem mesmo essa heterogeneidade de modelos terapêuticos foi capaz de aplacar o largo desenvolvimento da Medicina Alopática.

Esse desenvolvimento foi possível, principalmente, por dois fatores: (1) ter como pano de fundo o paradigma¹ positivista, dominante; e (2) a consonância da Medicina Moderna com a lógica de mercado do Capitalismo.

O paradigma dominante, Positivista, surge no contexto marcado pelo Iluminismo entre os séculos XVII e XVIII. Teve, em sua origem, uma característica revolucionária ao propor um distanciamento entre a ciência e as concepções religiosas e metafísicas, baseado, principalmente, no pensamento de Bacon e Descartes.

Para Queiroz (1), o Positivismo pretende que a busca pela verdade seja produzida através de uma atitude neutra e imparcial diante do objeto de estudo, livre e desinteressada, portanto, de qualquer influência social, econômica, política e cultural. A ciência justificaria a si mesma porque, a qualquer momento, poderia checar experimentalmente uma hipótese ou uma teoria. Caso não se confirmasse pelos fatos, estas seriam imediatamente descartadas, ao mesmo tempo em que outras novas viriam a ser testadas. O conhecimento assim acumulado serviria para garantir um saber mais evoluído e avançado no futuro.

Na realização de investigações científicas, os postulados principais do método positivista referem-se a uma completa separação entre sujeito e objeto de pesquisa; ao destaque para o método, que se posiciona como intermediário entre o sujeito e o objeto de conhecimento; e ao predomínio, entre as faculdades humanas, do intelecto como meio privilegiado de apreensão da realidade (1).

¹ Segundo Kuhn (23), um paradigma é o conjunto de conquistas da ciência que representa um modelo próprio de formulação de hipóteses e de resolução aceitável de problemas em uma perspectiva universalmente aceita. O paradigma limita assim um conjunto de problemas e resoluções suscetíveis para cada investigação e análise teórica e prática. O paradigma acaba por ser o próprio campo de trabalho do cientista, o conjunto de regras pelo qual se rege na sua atividade. Assim, limita e define para cada cientista individual os problemas suscetíveis de serem analisados e a natureza de respostas aceitáveis no mesmo contexto. Sendo assim, abre um campo de expectativas de soluções anteriores ao trabalho do cientista, pelo que este se limita a confirmar as mesmas, possuindo *à priori* certos pormenores que virá a concluir.

Seguindo o caminho inaugurado por Galileu, que no afã de descrever matematicamente a natureza por meio de uma abordagem empírica, postulou que os cientistas deveriam restringir-se ao estudo das propriedades essenciais dos corpos materiais (formas, quantidades e movimento), outras propriedades, como som, cor, sabor ou cheiro, foram tidas como meras projeções mentais subjetivas que deveriam ser excluídas. A ciência moderna, cartesiana, positivista, amplificou essas concepções, dirigindo a atenção dos cientistas para as propriedades quantificáveis da matéria (24).

Laing (25) enfatiza que, associado à exclusão dessas dimensões humanas, tais como aquelas baseadas na sensibilidade e na emoção, perdeu-se também a sensibilidade estética e ética, os valores, a qualidade, a forma; todos os sentimentos, motivos, intenções, a alma, a consciência, o espírito. A experiência como tal foi expulsa do discurso científico.

Nesse panorama, a medicina emergente caracterizada pelo empirismo, logo se institucionalizou. Tal medicina, explica Martins (26), legitimou-se publicamente por meio do esforço de ruptura da Ciência e da magia, ou seja, entre, de um lado, um conhecimento científico do corpo valorizador da razão instrumental e, de outro, aqueles conhecimentos de curas populares e alternativos tidos como mágicos e arbitrários (e, logo, não-científicos).

Fundamentada em um *modelo anatomoclínico*, de inspiração positivista, a medicina moderna constrói seus alicerces sobre o princípio da separação entre, de um lado, o médico e o paciente, de outro, o doente e a doença; assim apenas o sintoma físico deve ser considerado e o médico deve evitar que fatores ligados ao “estado de espírito” do paciente contaminem o processo de observação. Dessa forma, reduz-se o sintoma a uma expressão visível e de ordem física, o corpo humano passa a ser concebido como uma máquina e a doença como um mau funcionamento de mecanismos biológicos, que podem ser estudados a partir da biologia celular e molecular (1,22).

Pressupõem-se assim, que o ato terapêutico possa ser produzido, principalmente, pela intervenção química ou física em diferentes partes e estruturas do organismo humano no sentido de eliminar a doença. Em tal concepção, o papel da sociedade, da cultura, da comunidade

científica e da própria história na determinação de uma doença passou a ser visto como secundário ou, até mesmo, irrelevante (1,27).

Em tal contexto, a medicina em vias de institucionalização recebe o reforço de Abraham Flexner que, incitado pela situação das escolas de medicina do início do século XX, nos Estados Unidos e Canadá, desenvolveu um minucioso estudo em todas as escolas médicas no período de 1906 a 1910. Como resultado desta investigação, publicou, nesse último ano, o conhecido *Relatório Flexner* (28). Nos Estados Unidos as recomendações de tal Relatório só foram implementadas, completamente, vinte e três anos mais tarde, em 1933, resultando no fechamento de 94 escolas, das 160 existentes em 1906.

Adotado também no Brasil, o modelo flexneriano: (1) consolidou a inserção da prática médica e de saúde no Sistema Capitalista, com isso o Sistema de Saúde não apenas passou a estar a serviço do controle social e reprodução da força de trabalho, como também se tornou mercadoria; (2) definiu padrões de entrada nos cursos e ampliou sua duração para quatro anos; (3) introduziu o ensino laboratorial e a separação entre disciplinas básicas e profissionalizantes; (4) estimulou a docência em tempo integral; (4) expandiu o ensino clínico, especialmente em hospitais; (5) exigiu a vinculação das escolas médicas às universidades; (6) enfatizou o desenvolvimento de pesquisas biológicas como forma de superar o empirismo; (7) propôs uma ligação entre ensino e pesquisa; (8) estimulou a especialização médica; e (9) desenvolveu métodos de controle do exercício profissional.

Crucial para o estabelecimento da profissão médica e da institucionalização de suas práticas, no instante em que houve essa formalização do poder biomédico, deu-se, como bem descreve Martins (26), a perseguição aos modelos terapêuticos que não comungavam com tais princípios:

paralelamente à formalização do poder biomédico, as atividades dos curadores populares e alternativos passaram a ser colocadas sob suspeita de charlatanismo. Mediante tal estigmatização maliciosa, procurava-se jogar debaixo do tapete um fato óbvio: que os sistemas mágicos funcionam bem para os males de origem psíquica ou psicossomática, nos quais a medicina convencional muitas vezes falha. Mas o problema era de outra ordem. A hegemonia do *sistema de cura biomédico* no interior da *medicina moderna* era uma condição essencial para a estruturação dos novos modelos de gestão da saúde: primeiro o estatal, depois o mercantil. Assim, era fundamental combater as *medicinas populares* e *alternativas* para impor, na organização da modernidade médica, um modelo de

É no interior desse contexto que, curiosamente, a medicina perde sua visão integrativa e mais ampla e que mantinha um diálogo interdisciplinar ao contemplar diversos aspectos da vida humana em suas interfaces individuais, biológicas, sociais, culturais, psicológicas e mágicas, para assumir uma postura reducionista e superficial centrando seus “olhares”, cada vez mais instrumentalizados, na doença.

Compreendida a partir de então como uma anormalidade exterior ao corpo, a idéia de doença como um fenômeno irregular que poderia ser separado e extirpado mediante procedimentos mecânicos ou, mais recentemente, biomoleculares, foi sendo consagrada. Queiroz (1) afirma que, nesse contexto, teve início a ruptura fundamental entre saúde e medicina, com uma hegemonia flagrante desta última. Trata-se, pois da ruptura entre corpo e mente, eu e outro, pessoa e contexto, relações econômicas e comunitárias em um mundo em intenso processo de burocratização e desencanto (29).

No auge de seu desenvolvimento, o modelo biomédico cartesiano dominante configura-se de forma significativa como a *Ciência da Doença*, pautado na classificação desta última. Nessa perspectiva, seu principal objeto de estudo, as doenças, são invadidas pela concepção que, segundo Camargo Júnior (30), consiste em serem vistas como coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa, sendo tidas como expressão de um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões e por isso devem ser buscadas no âmago do organismo e corrigidas por meio de algum tipo de intervenção concreta.

No centro dessa medicina pragmática, que valoriza um corpo sem sujeito e é normalizada por um olhar objetivista e supostamente neutro, emerge de forma imponente a figura do médico especialista, não o clínico geral, como o chamamos no Brasil ou “médico de família”, mas sim um novo personagem, prenhe de poder e saber para o qual todas as atenções se voltaram. Esse novo ator social expande seu domínio como um profissional mais preocupado em gerir a relação de cura a partir de um tempo utilitário do que de um tempo de reciprocidade paradoxal (interessada, mas igualmente desinteressada). Para o especialista, tudo que diga respeito à vida pessoal do paciente deve ser deixado de lado (ou na porta do consultório), para que não se perca

tempo com questões não previstas pelo método anatomoclínico, que desconsidera o lugar do vínculo social no tratamento (26).

Portanto, a prática médica distancia-se do indivíduo em suas reais necessidades (que são construídas nos variados pontos onde se encontram, nem sempre de forma harmônica, as relações sociais mais amplas engendradas pelo ator social) e toma como cenário não mais a comunidade ou a casa da família, deslocando-se para os consultórios dos especialistas, aonde, segundo Martins (26):

tende, inevitavelmente, a se transformar num ambiente frio, suspeito e de mal-estar no qual o tempo do cliente não vale nada enquanto o do especialista vale tudo. A tecnicização da cura elimina a palavra e o gesto necessário para a simbolização do sofrimento, gerando, por conseguinte, um ambiente de desumanização propício a novas doenças que não podem ser detectadas pelo paradigma dominante. O médico especialista sente-se pouco preocupado pela significação da dor do paciente, sendo o sofrimento reduzido a um sinal a mais a ser observado na construção do diagnóstico. Não possuindo preocupações diretas com o sofrimento do paciente, seu interesse maior é otimizar a relação tempo útil x ganho econômico, o que implica objetividade e distanciamento. (...) No caso do especialista, estamos, portanto, numa situação de esvaziamento do humanismo em favor do tecnicismo. Esvazia-se o dom médico em favor do mercado de doenças e medicamentos e a prática médica é substituída por uma engenharia de órgãos (26).

Inseridos nesse contexto de assistência à saúde, a incapacidade de alguns médicos para lidar com os casos mais simples de atendimento médico da nossa população é evidente. Capra (24) afirma que nas décadas de 60 e 70, nos Estados Unidos, mais da metade de todos os médicos eram clínicos gerais; no início da década de 80, época da publicação de seu livro *O ponto de mutação*, mais de 75% era especialista, limitando sua atenção a um grupo etário, doença ou parte do corpo.

No Brasil, processo semelhante tem sido visto e mesmo no interior de políticas de saúde que pressupõem uma transformação no modelo assistencial, como a Estratégia de Saúde da Família, essa especialização fica nítida, contribuindo para um conflito no campo da assistência à saúde que se desloca da figura do médico para abranger todas as profissões de saúde.

Diante de uma realidade cada vez mais estruturada, sistemática, objetiva, medicalizada, as representações sociais de saúde, de doença e de cura vão, gradativamente, sendo recortadas e redefinidas no sentido de também atenderem à ordem hegemônica, embora persistam em um

plano secundário à lógica dominante, a pluralidade de concepções de saúde, doença e cura. Minayo (31) coloca que, as representações dominantes em toda a sociedade são mediadas de forma muito peculiar pela corporação médica. Intelectual orgânico da classe dominante na construção da hegemonia que se expressa em torno do setor saúde, o médico é ao mesmo tempo o principal agente da prática e agente de conhecimento.

Contudo, esse importante agente de prática e de conhecimento carecia de um campo concreto e propício à sua atuação: o hospital moderno.

1.3 Paradigma Positivista, Modelo Biomédico e o Hospital Moderno: relações

O médico especialista, agente dominante do saber e da tecnologia médicas moderna, necessitava de um palco, de um cenário mais complexo para desempenhar suas novas funções de caráter orgânico ao sistema biomédico cartesiano. Concatenado com todo esse desenvolvimento histórico, social, político e científico, o hospital – que já podia ser considerado um centro terapêutico por excelência – passa a representar esse espaço cênico fundamental à prática médica.

O hospital moderno foi sendo estruturado à medida que propiciou, como discutido anteriormente, a reformulação epistemológica da medicina. Com as transformações ocorridas na educação médica, essa instituição tornou-se a “sala de aula” ideal para a formação de seus práticos. No campo econômico, o hospital moderno também assumiu o especial papel de consumidor das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.

Se o paradigma mecanicista se expandia e produzia resultados importantes na área da saúde, o hospital recebeu as tecnologias por ele produzidas e imprimiu em sua estrutura e funcionamento suas características mais gerais.

Enquanto as políticas de saúde pública no Brasil começavam a tomar contornos no século XX, processo marcado por avanços e recuos, a biomedicina cartesiana, curativista, focada na doença, hospitalocêntrica e intervencionista estendia seus limites sob a sombra das descobertas tecnológicas que seu paradigma impulsionou.

A nova racionalidade da Saúde se estruturava caracterizando-se pelos seguintes traços: (1) *integração do discurso médico ao do desenvolvimento econômico*, entendendo-se por integração a absorção, por parte das instituições médicas, entre elas o hospital, de categorias, tais como: produtividade, crescimento econômico, programação de atividades (de serviços), racionalização (de recursos); (2) *centralização de órgãos e instituições de saúde*, através do processo de unificação progressiva de serviços, mais centralizados, portanto, no sentido de assegurar a possibilidade de incorporação das categorias acima descritas à prática institucional da saúde; (3) *controle do poder decisório e dos recursos institucionais por órgãos técnicos centralizados e estratégicos*; e (4) *generalização da medicina como fator estratégico na implantação de uma hegemonia de classe* (20).

Tido como uma das peças fundamentais no modelo biomédico cartesiano, o hospital, ao ser considerado uma Instituição que, segundo Luz (20), tem o significado de um conjunto articulado de *saberes* (ideologias) e *práticas* (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais) firmemente ancoradas na perspectiva positivista; assume, também, o importante papel de mantenedor e viabilizador da hegemonia médica.

Figurando como um dos sustentadores da hegemonia do paradigma que o engendra, o hospital assegurou a extensão do poder político-ideológico da classe dominante ao conjunto da sociedade, à totalidade das classes e grupos sociais. Tomada nessa ótica, a Instituição Hospitalar pode ser considerada um micro-centro de Poder, uma vez que permite a reprodução simbólica de uma lógica hegemônica, o desenvolvimento de tecnologias e a acumulação de capital, própria da sociedade capitalista.

Como micro-centro de Poder, a Instituição Hospitalar Moderna tem sua estruturação e funcionamento permeado pelo *poder institucional*, expressão da estrutura normatizante das relações sociais de subordinação. Esse âmbito não significa uma organização integrada de práticas, unidades discursivas coerentes. Pelo contrário, seu discurso e suas normas são um composto de várias “razões”. No entanto, as instituições não se limitam à estrutura explícita. O aspecto estrutura e o aspecto da prática institucional são duas faces de um mesmo núcleo de poder, mediado por um *discurso institucional*. Esse discurso, ou prática discursiva, não se confunde com as normas. E sim é o elo entre relações institucionais de poder e os regulamentos

que asseguram a continuidade da dominação institucionalizada. O discurso institucional pode se exprimir em normas, mas nelas não se esgota. Ele é o *saber* que as suporta: conhecimento e técnica, ciência e arte, ideologia materializada em práticas (discursivas) específicas (20).

Espaço marcado pela hierarquia, ordem e disciplina, o hospital moderno propicia, não só para os profissionais que ali atuam, como aos indivíduos que buscam os serviços nele prestados, um processo gradual de disciplinarização e submissão que tem origem em relações concretas e singulares como meio de chegar à aceitação de complexas hierarquias sociais (20).

Nesse campo tomado pelo discurso e poder institucionais, o médico personifica esse poder e esse discurso. As normas, rotinas e condutas disciplinares deslocam-se do imaginário para o concreto. Passando por um intrincado elo entre ordem e disciplina, as relações institucionais são construídas, manipuladas e interpretadas cotidianamente.

Sendo assim, verdadeiros campos de forças se materializam na arquitetura, na disposição espacial dos objetos e móveis, no dimensionamento dos profissionais, no equacionamento dos horários, na eleição de cores, tons e texturas, na maneira adequada de vestir-se e comportar-se, no corpo disciplinado, no controle da sexualidade, no tom da voz, no distanciamento de emoções e sentimentalidades, dentre tantos outros aspectos.

No centro dessa grande trama social que envolve o desenvolvimento da Medicina Moderna, o hospital – a eficiente oficina de órgãos – palco privilegiado de um modelo hegemônico, começa, juntamente com a biomedicina cartesiana que o transformou, a sofrer as discretas, mas significativas ranhuras ao paradigma que o sustenta.

Em crise, o Positivismo tem seus alicerces fortemente abalados por dois fatores fundamentais, segundo Queiroz (1). O primeiro, e principal deles, diz respeito à deficiência desse paradigma em conceitualizar os problemas modernos da saúde humana. O segundo refere-se aos custos elevados que esse tipo de medicina acarreta, tornando-o incompatível com o ideal democratizante da oferta de serviços médicos, principalmente em países em desenvolvimento.

O pensamento moderno racional e objetivo, tão desejado nos seus primórdios, hoje não conseguem explicar uma gama de aspectos e, no caso específico da saúde, de doenças e sintomas,

direcionou seu foco de ação à alta tecnologia hospitalar e farmacêutica. Essas frestas, abertas no decorrer da história na medicina moderna, deram espaço para a infiltração gradual e bem-sucedida das chamadas medicinas alternativas.

As medicinas alternativas se fundamentam em um novo paradigma ainda em elaboração, que segundo Martins (26), é complexo porque implica superar as limitações de um pensamento dicotômico para fazer retornar um sujeito composto de “corpo” e “alma”, de objetividade e subjetividade, de razão e emoção, sujeito que constitui um sistema autorreferente e singular, mas que se abre a interações com o meio ambiente, logo, um sujeito autoecossistêmico.

Para Queiroz (1), esse processo é possível e compartilha com Martins (26) o entendimento de que não se trata do abandono à medicina convencional. Pelo contrário, esse novo paradigma em elaboração ao invés de desintegrar o atual, daria a este uma chance de se renovar e de crescer, escapando do enrijecimento dogmático e carência de rigor criativo.

No caso específico das Ciências da Saúde, a integração desses paradigmas permitiria uma abertura para a compreensão de aspectos sociais, psicológicos, culturais e suas interseções com o biológico, o mágico, o sobrenatural. Essa integração, ao abrir-se para o outro em sua individualidade e contexto, valorizaria o conhecimento erudito e o popular propondo um diálogo perene em condições de igualdade.

Nesse novo paradigma, a assistência à saúde seria gradualmente deslocada do hospital, como centro exclusivo de tratamento, para uma gama de dispositivos terapêuticos que facilitassem o acesso dos indivíduos em geral e também a vinculação desses dispositivos com a realidade social vivenciada pelo usuário/paciente. No Brasil, essa perspectiva tem sido posta em prática por meio das políticas de saúde propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) influenciado pelas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Distante de uma lógica essencialmente econômica fundada nas indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares, o componente mágico e simbólico da prática médica poderia ser resgatado e sua eficácia amplificada. A magia, segundo Mauss (32), constitui uma classe distinta de fenômenos sociais, compreendendo atores, atos e representações ligados à tradição e que são eficazes porque o grupo social acredita neles.

Dessa forma, o ato de curar, enfatiza Martins (26), aparece como mágico para o doente e se expressa na expectativa do paciente com relação à sabedoria do curador e também ao efeito prático do medicamento prescrito.

Tal aspecto simbólico e mágico foi estudado por Lévi-Strauss (33) em “O feiticeiro e sua magia”. Neste texto, o autor afirma que a eficácia da magia implica na sua crença, e que esta se apresenta sob três aspectos fundamentais: (1) a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; (2) a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; e (3) a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam a cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça. Tal proposta desenvolvida por Lévi-Strauss faz considerações que são legítimas não só no que diz respeito à magia, mas a qualquer sistema terapêutico e de cura, inclusive o proporcionado pela medicina científica moderna.

Contribuições semelhantes foram trazidas por Turner (11), quando da ocasião do estudo dos rituais do povo Ndembu, na África Central. Nesta etnografia clássica, Turner interpreta a semântica dos símbolos do ritual *Isoma*, de seus elementos e personagens. O autor explica como os problemas de saúde naquela comunidade, especialmente a infertilidade feminina, estão relacionados com aspectos mais amplos das relações e organização sociais da aldeia. Trata-se de uma concepção do processo saúde-doença em uma escala mais integrativa, na qual o simbolismo do ritual não é apenas um conjunto de classificações cognoscitivas para estabelecer a ordem no universo Ndembu. É também, e talvez de modo igualmente importante, um conjunto de dispositivos evocadores para despertar, canalizar e domesticar emoções poderosas tais como ódio, temor, afeição e tristeza; emoções estas que fazem parte de complexas cosmologias populares relacionadas com a produção de saúde e doença.

Portanto, o hospital que se configurou como objeto de estudo dessa dissertação, situa-se, em uma perspectiva microssociológica, nessa zona de “transição paradigmática”, seguindo a linha de reflexão do sociólogo Boaventura de Sousa Santos (34), em virtude dos abalos sofridos pelo paradigma positivista que sustenta e dá organicidade à Biomedicina Cartesiana e, mais especificamente, o HU vivencia uma reforma organizacional, que será discutida no terceiro capítulo.

Essas situações de transição são propícias para o desenvolvimento de estudos antropológicos, pois pressupõe instabilidade institucional. São nessas circunstâncias que as normas, as regras do jogo do poder, sua estrutura são trazidos à tona e que os discursos não manifestos e as contradições podem ser apreendidos. Nessa condição, o universo vivido e representado perde a sua segurança sustentada pela tradição se para colocar como objeto fragmentado cujas partes oferecem às várias tentativas de reconstrução tanto no plano concreto quanto no simbólico. Em situações de transição, os valores perdem a sua condição de absolutos e a realidade passa a ser construída, interpretada, manipulada, destruída e reconstruída, tendo como matéria-prima o confronto de valores múltiplos provenientes da situação vivida individual ou coletivamente pelo ator social. Desse modo, princípios culturais, que normalmente não vêm à tona, tornam-se explícitos e aparentes ao investigador (35,36).

No capítulo seguinte, será apresentado o referencial metodológico do estudo e o discutido o percurso trilhado no trabalho de campo desenvolvido na Enfermaria Cirúrgica do HU.



CAPÍTULO II

“Do Mosaico ao Vitral”: um itinerário metodológico

“Fazer etnografia é como tentar ler (no sentido de ‘construir uma leitura de’) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado”.

CLIFFORD GEERTZ

Neste capítulo abordarei o itinerário metodológico do estudo evidenciando o campo e o referencial teórico que o sustentou, bem como as fases empreendidas durante o trabalho de campo, da entrada à análise das informações.

Com isso pretendo trazer esclarecimentos e entendimentos sobre o trabalho de campo antropológico vivenciado ao abandonar as certezas absolutas, internalizadas em um período de formação profissional, para abraçar uma perspectiva de *mundo líquido*, fugaz, em constante elaboração, marcado pela incerteza, pela emergência da subjetividade, pela diversidade, pela contradição – própria do mundo pós-moderno (37).

Compreendo que ao lançar-me nessa empreitada foi possível mergulhar na realidade social caótica que, assim como um mosaico, carece de luz para refletir formas e cores e assumir o seu sentido de ordem e estético. Essa imersão nos *imponderáveis da vida real* requer um enfoque teórico que faça emergir os sistemas simbólicos de um dado meio.

É nessa relação mágica, porém intencional, que a realidade se revela ao pesquisador assim como as formas e cores dos vitrais. Sendo assim, no texto que segue, as “luzes” deste estudo serão mostradas em articulação (referencial teórico e metodológico) propiciando os arranjos que foram desenvolvidos no campo de pesquisa no sentido de trazer à tona os “vitrais” que, nos capítulos seguintes, serão contemplados.

Ao passo que essa proposta foi se configurando, a pretensão de verdade objetiva das articulações e considerações aqui realizadas, foi deixada de lado. Em vez disso, foi reafirmado seu caráter processual, inserida em um determinado contexto histórico, político, social, cultural,

econômico, intersubjetivo e que está sempre à espera de novas leituras e novas luzes que possam, igualmente, tentar apreender essa realidade.

Concebido a partir desse prisma, o itinerário percorrido é apenas um dos itinerários possíveis, fruto de uma experiência de interioridade em um dado cenário cultural. Elaborado dessa forma, o referencial metodológico serviu de guia ao orientar-me nos movimentos realizados durante o trabalho de campo.

Apresento aqui o resultado de uma intrincada relação dialética que envolveu o pesquisador, os atores sociais e a realidade por eles construída. Seguindo essa perspectiva de abertura para o outro, para o seu mundo e suas relações, o método foi uma construção cotidiana pautado em um processo de constante negociação.

Expor a moldura teórico-metodológica que deu sustentação ao trabalho de campo levado a cabo durante essa pesquisa é, para além de uma discussão teórica, dar a conhecer a experiência do próprio investigador na elaboração desse percurso.

A pesquisa etnográfica, instrumento fundamental do antropólogo, pode, a princípio, surpreender o iniciante que com ela não tem familiaridade. Ainda mais quando o aprendiz deseja lançar-se em uma experiência interdisciplinar que pressupõe uma abertura ao novo, ao desconhecido e que, curiosamente, encanta, instiga e seduz.

Meus primeiros contatos com esse método de pesquisa foram marcados por angústias, inseguranças e desconhecimento. Mas, com o passar do tempo, essas sensações cederam espaço a um saber – sempre incompleto, refazendo-se, recomeçando – que gradativamente foi construindo-se no interior de interações com etnógrafos, no desenvolvimento de leituras e, mais que isso, no próprio campo de pesquisa.

Caprara e Landim (38) discutiram o crescente uso da etnografia na pesquisa em saúde, no Brasil, neste último decênio tomando como base os usos, os limites e as potencialidades dessa utilização. Com isso, indagaram se uma parcela dessas investigações não se caracterizariam quase como uma distorção das premissas originais do método etnográfico, configurando-se no que se poderia chamar de observação de “tipo” etnográfico.

Em meio a tantas dificuldades enfrentadas hoje pelos pesquisadores, enumeradas por Caprara e Landim (38), considero interessante salientar, como o fez Peirano (39), que na Antropologia não é possível ensinar a fazer pesquisa de campo como em outras abordagens metodológicas. Seu desenvolvimento está diretamente ligado à biografia do pesquisador, ao objeto e ao momento específico da pesquisa, ao enfoque teórico que desejamos abordar, ao contexto histórico mais amplo das relações que se estabelecem entre o pesquisador e o campo de pesquisa, além dos imprevistos que fazem parte do pesquisar.

Adorno e Castro (40) afirmam que esse exercício requer o esforço do pesquisador no sentido de “aprender a lidar com o incerto, o descontínuo, o flexível, o plural, o escorregadio”. Penso que essa colocação dos autores é ainda mais verdadeira quando o pesquisador tem uma formação básica no campo da saúde; formação esta trilhada nos alicerces do paradigma biomédico de inspiração cartesiana, que tende a negar algumas dimensões da realidade social e cultural. Esses fatos apontavam à responsabilidade e ao comprometimento que seria requerido de minha parte.

Nesse papel de aprendiz, além dos autores que serviram de referencial teórico-metodológico, guiei-me pela experiência etnográfica de duas pesquisadoras que foram de extrema importância na realização de articulações entre a teoria antropológica e os contextos vivenciados em seus estudos, a saber: Vásquez (41) e Lenardt (4).

Dito isto, passemos à discussão do campo teórico da Antropologia e Saúde e às implicações metodológicas da pesquisa etnográfica.

2.1 O campo da Antropologia da Saúde

Os estudos em Antropologia Médica desenvolveram-se na academia de forma desvinculada de uma disciplina institucionalizada e inserida nos currículos dos cursos para formação dos profissionais de saúde e de cientistas sociais. Os esforços iniciais e precursores nesse campo foram desenvolvidos por antropólogos nos Estados Unidos, Inglaterra e França por volta da segunda metade do século XX.

Nos Estados Unidos, a chamada Antropologia Médica surge nos anos 60, do século XX, como um ramo da Antropologia Geral. Suas principais contribuições foram discutidas por

Canesqui (42) e Queiroz e Canesqui (43,44). Estes autores afirmam que essas contribuições fizeram-se por meio dos estudos sobre os cuidados em instituições médicas, sobre problemas de saúde em geral, a etnomedicina, as discussões sobre questões teórico-metodológicas envolvendo os termos *disease*, *illness* e *sickness*, o relativismo cultural que inspirou diversos estudos na área, a teoria de Talcott Parsons e seus conceitos de papel social em geral e papel social de doente, em particular. A teoria do rótulo, o interacionismo simbólico e a etnometodologia, são, em linhas gerais, os principais aspectos abordados pelos estudiosos no decorrer da estruturação da Antropologia Médica americana.

Na Inglaterra, podemos destacar as obras de Evans-Pritchard (45) e Turner (11) que se configuram como estudos clássicos ao abordarem as teorias de infortúnios associados à feitiçaria e os rituais de cura, respectivamente, ambas as etnografias desenvolvidas na África. Esses autores influenciaram fortemente diversos estudiosos e contribuíram, de forma especial, para o desenvolvimento do tema Antropologia Social e Medicina na Inglaterra dos anos 70.

Na França, organiza-se uma Antropologia da Saúde ou da Doença firmemente amparada na obra de Laplatine (46) que propôs uma antropologia da morbidez e da saúde. De acordo com Canesqui (42), sua obra voltava-se ao interesse de analisar as formas elementares da doença e da cura em uma perspectiva metacultural e comparativa.

Cabe destacar o trabalho pioneiro de Rivers (47) que, como médico e antropólogo, estudou as teorias populares de causação das doenças e as conceitualizou como um subsistema interno ao sistema cultural de uma sociedade, antecipando assim a consolidação das bases da teoria funcionalista. Por meio do seu estudo, as crenças sobre saúde e doença de povos “primitivos” deixaram de ser entendidas como fenômenos ilógicos, bizarros ou irracionais, para assumir uma organização teórica que só faz sentido dentro do contexto cultural a que pertencem.

No Brasil, durante anos os estudos que se preocuparam com o entrelaçamento entre medicina, doença, cultura e sociedade foram realizados de maneira que padeciam de um tratamento teórico e, quando não, que a fundamentação teórica fosse mais bem elaborada. Diversos deles são classificados como *folcloristas*, pois se concentravam em mostrar essas relações como um dicionário ou inventário, apresentando os conhecimentos sobre medicina popular como se eles fossem desordenados e ilógicos. Tal consideração foi refutada por Lévi-

Strauss (33) ao denominar essas formas de conhecimento como uma “ciência do concreto” que, mesmo desprovida de bases, princípios ou métodos bem definidos, consegue apresentar uma eficácia intrínseca pelo simples fato de pôr elementos em estrutura e de transformar o que antes aparecia como caos em arranjos ordenados.

A temática da medicina popular permeou diversos trabalhos nesse incipiente campo de estudos, no Brasil, da primeira metade do século XX à década de 70. São Paulo (48) trouxe em seu estudo as diversas formas de denominação de doenças e terapias nas diferentes partes do Brasil ao trabalhar com a linguagem médica popular. Embora esse estudo careça de um tratamento teórico, merece destaque pelo volume de dados apresentados.

Maynard de Araújo (49), autor de um dos mais conhecidos trabalhos na área, escreveu um inventário exaustivo com descrições sobre crenças e práticas relativas à saúde e à doença. Fontenelle (50) mesmo não dando o tratamento teórico devido ao seu estudo sobre a análise de um programa de saúde em Aimorés, em uma perspectiva antropológica, demonstra os impactos da medicina oficial, através de seus agentes locais, sobre a medicina popular e demais aspectos comunitários.

Na década de 60, temos a obra de Fernandes (51) que percebeu as práticas e as crenças tradicionais como algo que não resistiria ao rumo do desenvolvimento das comunidades locais, tendendo à desintegração no mundo urbano. Tal perspectiva evolucionista tem sido refutada por diversos trabalhos atuais, uma vez que tem sido demonstrada a co-existência de sistemas de diagnóstico, tratamento e cura de doenças em comunidades urbanas e rurais.

Na década de 70, o campo da Antropologia da Saúde começa a ganhar forças nas universidades brasileiras, sobretudo, nos programas de pós-graduação em Antropologia Social de instituições localizadas no Centro-oeste, Sudeste e Sul do país.

Com isso, diversas temáticas passaram a ser abordadas como: os saberes populares sobre o corpo humano (52-54); as formas de os indivíduos pensarem e se relacionarem com o seu corpo dentro de suas condições materiais de vida (55); estudos sobre hábitos e ideologias alimentares (56-60); as representações sociais sobre saúde, doença e as instituições de cura (61); e as obras

que estudaram aspectos da saúde e da doença em suas relações com as práticas religiosas diversas (62-66).

A produção acadêmica da década de 80, nesse campo, foi elencada e analisada por Ana Maria Canesqui (42). Além de fazer um resgate histórico da Antropologia da Saúde, a autora afirma que nesse campo reunia-se uma rede restrita de antropólogos e de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, sanitaristas, odontólogos, nutricionistas) que se dedicavam à pesquisa e ao ensino junto às instituições acadêmicas. Dentre essas instituições, destacam-se alguns centros formadores e seus programas de pós-graduação, quais sejam: Universidade de Brasília, Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional, Universidade Estadual de Campinas, Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Pará, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, dentre outros.

Com relação às temáticas trabalhadas nos estudos dessa década, Canesqui (42) enumera as seguintes: alimentação, saúde, doença que afligem, principalmente, as classes trabalhadoras ou alguns grupos minoritários; os distintos saberes e práticas de cura, suas instituições e especialistas em diferentes regiões do país; saberes e práticas da medicina oficial e as tentativas de reformulação de modelos assistenciais tradicionais e asilares da loucura; questões afeitas à extensão dos cuidados médicos e seu confronto ou complementaridade com outras práticas de cura, especialmente aquelas inscritas no campo religioso (umbanda, pentecostalismo, espiritismo kardecista); e temas relacionados às práticas corporais, à emergência de novas e antigas epidemias, e à sexualidade e reprodução.

Já nos anos 90, a marca da produção em Antropologia da Saúde foi a preocupação com o que somos, nossos temas e origens, quanto somos e para onde vamos, além da busca por uma identidade de uma antropologia especializada na saúde e na doença.

A grande produção acadêmica nessa década deveu-se a diversos fatores, dentre eles: (1) o estímulo da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e da Associação de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); (2) a maior flexibilidade, na saúde coletiva e nas ciências sociais, para abrir-se a novos objetos que suscitem mudanças ou permanências nas visões de mundo e valores de nossa sociedade; (3) a recorrente ênfase nos processos não biológicos das

enfermidades; (4) os novos critérios de avaliação dos cursos de pós-graduação que estimularam o mercado editorial com novas revistas, ampliação de edições de livros e artigos no assunto, dando vazão à crescente produção acadêmica; (5) o apoio às pesquisas pelas agências nacionais e o estímulo ao financiamento de estudos antropológicos por algumas fundações internacionais (67).

Canesqui (67) também enumerou as principais temáticas abordadas nas pesquisas antropológicas em saúde na década de 90: representações – conceitos e metodologias; representações do corpo, saúde e doença; representações sobre doenças específicas; experiências e significados da enfermidade ou do sofrimento; e gênero, sexualidade e doença.

Nos últimos dez anos, a produção científica no campo da Antropologia da Saúde está sendo cada vez mais estimulada e desenvolvida. Se antes se tratava de um movimento mais centrado na área de Saúde Coletiva e Antropologia Social, hoje as demais áreas têm assumido um importante papel nessa produção, dentre elas a Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição. Nesses estudos o uso das metodologias de abordagem qualitativas tem sido crescente. Um desses métodos de pesquisa é a etnografia, o referencial metodológico desta dissertação, como veremos a seguir.

2.2 A pesquisa etnográfica: a moldura teórico-metodológica

O termo etnografia surge no século XIX, mas em um sentido restrito, pois se preocupava unicamente com a descrição das etnias e povos que habitavam a Terra e faziam isso de maneira marcada pela análise exótica desses povos. Nessa época, como aponta Pellón (68), não havia uma ligação direta entre os termos etnógrafo e antropólogo como atualmente há.

Etnografia, palavra de origem grega na qual, o prefixo *éthnos* refere-se a povo ou a uma cultura particular com foco voltado para suas visões de mundo, idéias e práticas culturais e *graphein* refere-se a escrever ou descrever as sociedades humanas.

Foi no século XX que Bronislaw Malinowski, desenvolveu uma etnografia nas Ilhas Trobriand e estudou, dentre vários aspectos, o ritual do *kula*, que consistia em um ritual de troca simbólica de bens inter-tribais. Esse estudo pioneiro, promoveu uma renovação metodológica na antropologia ao apresentar a pesquisa etnográfica enfocada no “outro” e, dessa forma, propôs uma nova e moderna etnografia (10).

No entanto, por sua postura teórica funcionalista, afirma Queiroz (1), Malinowski revelou uma perspectiva social rígida, incapaz de lidar com dimensões importantes da realidade social, como a mudança, o conflito e a criatividade, que se manifestam tanto a nível individual como grupal. Para ampliar esse enfoque, autores como Gluckman, Leach, Turner (representantes do estruturalismo britânico), Garfinkel (com sua perspectiva de etnometodologia) e Goffman (baseado na corrente teórica do Interacionismo Simbólico, introduzida por George Mead) trouxeram em suas obras a inclusão do indivíduo e da dimensão cotidiana do fato social como essenciais para a compreensão da cultura em estudo.

De Malinowski até os dias atuais, a etnografia tem recebido diversas leituras e formas de ser concebida. Para Geertz (2), o que define o empreendimento etnográfico não são as atividades, as técnicas e os processos realizados no campo de pesquisa, mas o tipo de esforço intelectual que ele representa: elaborar uma *descrição densa*.²

Para Max Weber, o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu. Fundamentado nessa idéia, Geertz (2) assume que a cultura é essas teias e a sua análise; a Antropologia não seria, apenas, uma ciência experimental em busca de leis, mas uma ciência interpretativa, à procura do significado.

Geertz (2) também afirma que o comportamento do homem é uma ação simbólica e que ao invés de reificarmos a cultura tendo-a como uma realidade “superorgânica” ou reduzi-la alegando que é um padrão bruto de acontecimentos comportamentais; devemos, pelo contrário, enxergá-la como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis, *um contexto*, algo dentro do qual os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos podem ser descritos de forma inteligível, isto é, descritos com densidade.

Dessa forma, a etnografia é um método de pesquisa aberto à realidade social, que pretende lançar um olhar em um determinado cenário cultural, com o interesse de interpretar os significados das ações e dos eventos do ponto de vista de quem os vive. Por isso não consiste, simplesmente, em descrever uma cultura revelando “uma perspectiva social totalitária e rígida,

² Este termo é usado por Geertz no sentido empregado por Gilbert Ryle, para quem a descrição densa é uma hierarquia estratificada de estruturas significantes em torno das quais os acontecimentos, os comportamentos, as intenções e tudo o mais são produzidos, percebidos e interpretados (2).

incapaz de lidar com dimensões importantes da realidade social, como a mudança, o conflito e a criatividade individual e grupal” (1).

Inserido nessa experiência existencial e intelectual, o etnógrafo aproxima-se dos atores sociais sem procurar tornar-se um deles ou mesmo copiá-los (2); ele movimenta-se no interior dessa multiplicidade de estruturas conceptuais complexas envolvendo-se nesse contexto (a cultura) e, assim, vai tendo acesso aos sistemas simbólicos da maneira como eles se expressam no cotidiano e, com base nisso, tenta, de alguma forma, primeiro apreendê-los e depois apresentá-los.

O produto dessas incursões, afirma Geertz (2), os textos antropológicos, são eles mesmos interpretações e, na verdade, de segunda ou terceira mão. Por definição, somente um “nativo” faz a interpretação em primeira mão: porque é a *sua* cultura. Partindo desse entendimento, o instrumento fundamental para coligir as informações é o próprio pesquisador. Por meio das interações sociais construídas, interpretadas e negociadas com os atores sociais, o etnógrafo tem a oportunidade de fazer suas leituras sem divorciar-se do que acontece.

O que também é importante nos achados antropológicos, afirma Geertz (2), “é sua especificidade complexa, sua circunstancialidade”; pois os bens simbólicos interpretados pelo etnógrafo “falam” no seu contexto específico, o que confere total importância a este último. Portanto, as descrições etnográficas separam-se do ideal planificador do discurso positivista, que pretende enquadrar, por meio de estatísticas e generalizações, um universo rico em simbolismos e significados, imprimindo-lhe um caráter uniforme, padronizado, uma condição de igualdade e repetição.

Diante disso, a interpretação cultural pressupõe uma situação em que, o pesquisador torna-se parte inevitável do experimento e a pesquisa uma experiência vivencial. O resultado é uma dimensão intermediária entre o sujeito e o objeto que acrescenta conhecimento não só sobre a sociedade ou cultura estudada, como também sobre a sociedade ou cultura do pesquisador, além

de propiciar, a este último, um conhecimento de si mesmo e contribuir para o seu processo de individuação.³

No entanto, cabe salientar, como fez Queiroz (1), que essa postura metodológica exige dos pesquisadores dois tipos de disciplina (entendida aqui como “cuidado”): uma de caráter *emocional*, que pressupõe abertura e tolerância em relação ao “outro”; outra de *caráter intelectual*, que pressupõe uma disciplina e um controle voltados aos próprios valores morais e categorias de percepção e de entendimento presentes, inevitavelmente, no mundo do investigador.

Esta disciplina remete ao que Queiroz (1) chamou de “o grande inimigo da Antropologia Moderna”: a *atitude etnocêntrica*; que, à menor distração do pesquisador, se insinua e deixa traços em sua pesquisa. Tal atitude consiste no ato do pesquisador realizar leituras e interpretações baseando-se nos valores, crenças e princípios da sua própria cultura, olhando o universo a ser pesquisado não com os “olhos” de quem o constrói, interpreta e significa. Em síntese, a atitude etnocêntrica é preta em pontos de vistas preconceituosos, o que pode afetar a qualidade da análise cultural em dimensões inestimáveis.

A seguir, discuto o delineamento metodológico do estudo apresentando o cenário em que foi realizado, os atores sociais envolvidos, o trabalho de campo, os procedimentos para coleta, registro e análise das informações, bem como as questões éticas da pesquisa.

2.3 Um “mosaico”: o cenário cultural da pesquisa

O cenário cultural desse estudo compreendeu a Enfermaria Cirúrgica de uma instituição hospitalar universitária de grande porte. Trata-se de um hospital público mantido por recursos do SUS e da própria Universidade.

A Enfermaria Cirúrgica funciona no quarto piso do hospital e é responsável pelo atendimento cirúrgico eletivo e de urgência dos usuários do serviço. Está vinculada ao Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade. A

³ O termo “individuação” é usado, por Queiroz (1), no sentido empregado por Habermas (6), que pressupõe a possibilidade de evolução moral, em consonância com a evolução das formas comunicativas e sociais.

diversidade de casos e especialidades nessa enfermaria é comum, já que sua clientela é, principalmente, oriunda da Unidade de Emergência Referenciada (UER) do hospital.

A enfermaria é constituída, fisicamente, por sete quartos somando um total de 16 leitos, dos quais quatro são destinados a clientes em tratamento intensivo. Além disso, conta com um posto de enfermagem, uma copa para os usuários (utilizada pelos funcionários do Serviço de Nutrição e Dietoterapia), uma copa para os funcionários, compartilhada com a enfermaria vizinha, a Enfermaria de Emergência Clínica⁴, um expurgo (sala onde é realizada a desinfecção de alguns utensílios hospitalares), uma sala para reuniões, aulas e confraternizações, um *hall* para guardar os prontuários dos usuários, alguns equipamentos, materiais, o computador e a impressora na qual, diariamente, são impressos as prescrições médicas (Anexo 01).

A equipe de profissionais que nela atuam é composta por docentes dos cursos de Medicina e Enfermagem, médicos contratados para acompanhamento dos residentes de Medicina, médicos residentes em Cirurgia Geral e do Trauma, a equipe de enfermagem é formada, em cada plantão, por dois enfermeiros e quatro técnicos, uma enfermeira apoiadora. Há também um fisioterapeuta, uma nutricionista (aluna do Programa de Aprimoramento oferecido pela FCM em parceria com o hospital e o Governo do Estado), uma assistente social, um assistente administrativo e uma auxiliar de serviços gerais de uma empresa de limpeza terceirizada.

No capítulo 3 descreverei com mais exatidão e riqueza de detalhes o universo empírico da pesquisa, o qual será denominado de cenário cultural.

2.4 Os atores envolvidos

Os atores envolvidos são as pessoas que participaram do estudo, seja durante as observações participantes ou por entrevistas individuais semi-estruturadas. Esses atores foram os profissionais de saúde e administrativos que atuam na equipe multiprofissional da Enfermaria Cirúrgica. No entanto, em alguns momentos esses profissionais confundem-se com os da Enfermaria de Emergência Clínica, pois alguns prestam seus serviços em ambas as unidades,

⁴ Esse ato de compartilhar espaços entre as duas enfermarias é muito mais amplo e complexo. No capítulo seguinte, quando for tratar do cenário cultural falarei desse aspecto mais detalhadamente.

como é o caso da equipe de enfermagem, remanejada mensalmente entre as Enfermarias Cirúrgica e de Emergência Clínica; assim como o fisioterapeuta, a nutricionista e a assistente social, por haver apenas um profissional por categoria; alguns docentes; e os agentes administrativos que, mesmo tendo seus “postos” (expressão usada por eles para designar a enfermaria onde trabalham) fixos, interagem entre si.

Por questões operacionais do curso da pesquisa, os profissionais do plantão noturno não participaram da coleta de dados, pois não estive em campo neste horário. Dessa forma, apenas os profissionais dos plantões da manhã e da tarde estiveram interagindo comigo durante a coleta de dados, embora considere pertinente destacar que minha presença foi mais efetiva no plantão da tarde.

O número de *informantes-gerais* nesse estudo foi de 45. Entende-se por informantes-gerais aqueles que participaram das observações participantes no cenário cultural, mas não necessariamente foram entrevistados individualmente. Dentre os 45 informantes-gerais foram selecionados os *informantes-chaves*, em número de 18, que são aqueles que, além de estarem presentes nas situações sociais observadas, foram entrevistados individualmente.

Cabe salientar que os informantes-gerais inclui todas as categorias profissionais descritas acima. Entretanto, os informantes-chaves foram constituídos apenas pelos enfermeiros, técnicos de enfermagem e de administração, fisioterapeutas e assistente social. Esse recorte foi realizado em virtude da categoria médica ser composta, fundamentalmente, por médicos residentes. Os residentes realizam um esquema de rotatividade entre as variadas enfermarias do hospital, no primeiro ano de residência médica, e por isso não os considerei membros efetivos da equipe multiprofissional (não cumprem jornada de trabalho na enfermaria cotidianamente). Considerei que durante o período de 15 ou 20 dias, quando se fazem presentes na enfermaria, não fosse suficiente para construir um vínculo com o campo de pesquisa capaz de dotá-los de um saber e de uma experiência sobre a cultura de tal cenário.

Esse grupo, a cada residente novo que “passa” pela enfermaria, estão sempre retomando ao início de tudo e quando eles começam a inserir-se na equipe, é hora de mudar de enfermaria. Esta peculiaridade se expressou como uma dificuldade para mim, enquanto pesquisador. Pois

enquanto esperava que eles se inteirassem das e nas relações sociais do nosso cenário de estudo, era tempo de eles mudarem de setor. Com isso, vinha atrelado as dificuldade de localizá-los e também o fato de já não estarem vivenciando o cotidiano do campo de pesquisa, o que considerei desfavorável para a realização das entrevistas.

Assim, os critérios de inclusão foram: ser funcionário da Instituição; estar lotado nas enfermarias em questão, no plantão manhã ou tarde; estar presente durante o período de coleta de dados, não importando a quantidade de tempo já que alguns, nesse período, estiveram de férias ou em licenças diversas; e, por fim, ter concordado em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 01).

2.5 O trabalho de campo

Meu primeiro contato com o campo foi em dezembro de 2007 quando estava escrevendo o projeto. Após fazer contato com a enfermeira diretora da enfermaria e obter seu consentimento, fui recebido por uma enfermeira e por um dos técnicos em administração, que me apresentaram o serviço, a alguns profissionais e responderam a alguns questionamentos naquele momento.

Voltei, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 02), em março de 2008, para agendar minha entrada no campo e obtenção das autorizações necessárias para minha permanência. A preparação da entrada no campo requereu um esforço que ultrapassou a dimensão intelectual, como explicitado anteriormente, ao atingir aspectos mais pessoais.

A facilitação de minha entrada no campo foi mediada pelos *middlemen* (homens do meio ou intermediário). Conforme orientações de Spradley (8,9), esses atores servem como elo entre a Instituição no sentido de promover o acesso do pesquisador ao campo, além de validar os dados coletados por meio de leituras e discussões.

No primeiro dia, apresentei-me à enfermeira de plantão, identifiquei-me, disse o que estaria fazendo lá e da autorização para realização da pesquisa. Fui bem recebido. Aos poucos ela foi me apresentando (passei por várias apresentações e em vários dias) aos outros profissionais de plantão, as rotinas e a estrutura física da Enfermaria Cirúrgica. O fato de ser enfermeiro contribuiu bastante para a minha aceitação e integração no grupo.

Devido a minha inexperiência nesse tipo de pesquisa e a dificuldade em reunir a equipe, não apresentei meu projeto de pesquisa logo ao entrar no campo, dando explicações isoladas aos atores sociais quando interrogado por eles. Mais que isso, outro aspecto que contribuiu imensamente para a não apresentação de imediato do projeto, foi o fato deste ter sido, literalmente, construído no campo de pesquisa.

O projeto que inicialmente pretendia desenvolver na enfermaria precisou ser adequado à realidade social encontrada. No entanto, com as leituras, orientações e mesmo com o desvelar do cenário cultural, dia após dia, passei a compreender esse fato como de extrema importância para a autenticidade do meu estudo. Se nas páginas anteriores fiz referências e discussões a respeito da característica flexível e negociável do método etnográfico durante o levantamento de dados, posso afirmar que, no trabalho de campo executado para fins desta dissertação, essa circunstância foi vivenciada com certo grau de dificuldade. Foi difícil “abrir mão”, constantemente, do método que já havia sido esquadrinhado, delimitado e circunscrito para adaptá-lo ao dia-a-dia da pesquisa.

Após dois meses, quando o projeto estava com certo grau de coerência, reuni a equipe da enfermaria e apresentei-o. Acredito que aqui possa situar uma crítica que Geertz (2) faz à tentativa de dar uma coerência aos sistemas culturais por parte de alguns etnógrafos – o que é notório nos pesquisadores da área de saúde. Penso que cabe questionar se esta mesma sede por coerência nas descrições e interpretações, também não estaria agindo no desenvolvimento do trabalho etnográfico que, longe de desconsiderá-la por completo, pode comprometer a qualidade da análise cultural:

[...] a coerência não pode ser o principal teste de validade de uma descrição cultural. Os sistemas culturais têm que ter um grau mínimo de coerência, do contrário não os chamaríamos sistemas, e através da observação vemos que normalmente eles têm muito mais do que isso. Mas não há nada tão coerente como a ilusão de um paranóico ou a estória de um trapaceiro. A força de nossas interpretações não pode repousar, como acontece hoje em dia com tanta frequência, na rigidez com que elas se mantêm ou na segurança com que são argumentadas. Creio que nada contribuiu mais para desacreditar a análise cultural do que a construção de representações impecáveis de ordem formal, em cuja existência verdadeira praticamente ninguém pode acreditar (2).

Ainda a esse respeito, sabemos igualmente que as Ciências da Saúde, notadamente a Enfermagem, foram construídas em bases sólidas, rígidas, caracterizadas por uma herança de influência militar que mesmo hoje é presente na prática dos profissionais e docentes. Dessa forma, abrir-se à fluidez da vida cotidiana, ao dinamismo das relações sociais é, também, desconstruir representações consolidadas em nossos períodos de formação que nos “perseguem”.

Em decorrência dessas circunstâncias e do “imprevisto”, mesmo tendo me apresentado como enfermeiro, fui por inúmeras vezes e por muito tempo reconhecido como estagiário do último ano de graduação. Tive aulas extensas, no campo de pesquisa, sobre procedimentos de enfermagem, rotinas do setor, posturas de um bom enfermeiro e sempre me positionei na condição de aprendiz e que, de fato, estava ali para aprender com eles.

Penso que aqui também atuou a influência de algumas impressões que os atores sociais tiveram de mim: alguns me achavam jovem demais para estar fazendo mestrado, outros não me viam como aluno, ou mesmo profissional, da área de saúde por não corresponder ao que eles consideravam padrão (*“Você parece que é do IEL, do IFCH!”*)⁵.

O caso mais interessante foi quando me apresentei a uma das enfermeiras, que além de me confundir como aluno de uma professora que estava acompanhando estagiários na Enfermaria Cirúrgica, me apresentou, em tom de brincadeira, para uma técnica de enfermagem dizendo: *“não se assuste se perceber algo estranho ou não-familiar. É ele transitando nos arredores”* (Nota de Campo).

Vale salientar que sempre usei meu crachá de aluno da universidade, conforme fui orientado, e o jaleco, que também continha minha identificação. Mas usei essa situação de “desconhecimento” para observar as cenas culturais com mais afincamento e ir, gradativamente, tornando-me familiar naquele ambiente.

Meu primeiro contato com a copa foi permeado por receios e cuidados para não parecer um intruso. Fui levado até lá, por uma enfermeira, para fazer um lanche e conhecer outras

⁵ As siglas IEL e IFCH dizem respeito, respectivamente, ao Instituto de Estudos da Linguagem e ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, ambos da Unicamp.

pessoas da equipe. Preferi não ficar muito tempo, como forma de não participar das conversas e das discussões sobre conflitos da enfermagem. Até então, não havia percebido o papel que a copa desempenhava naquele cenário cultural.

Uma característica minha, que sempre funcionou como desencadeador de situações, foi a diferença regional marcada por meu dialeto pernambucano. Sempre me perguntavam onde eu morava, qual a minha formação, o que tinha vindo fazer em Campinas, minha família, as vivências/expectativas com a profissão, o que eu fazia na universidade, se eu era aluno da FCM, minha religião e assim por diante. Para cada pergunta ou assunto que eu iniciava, havia sempre perguntas de volta em uma tentativa de me conhecer e me localizar em seus mundos. Tal condição é consistente com a descrição de Leite e Vasconcelos (69), quando as autoras analisam a sociabilidade entre pesquisador e sujeitos no trabalho de campo etnográfico. Por isso, sempre respondi a todas as inquirições e, entre cada resposta minha, seguia-se, igualmente, revelações de suas vidas. Assim nos conhecíamos e, de certa forma, se estabelecia um laço empático entre nós.

Nos primeiros dias, a inquietação vivenciada por parte dos profissionais foi marcante. Eu sempre ficava acompanhando o enfermeiro e demais profissionais e eles ficavam desconfiados, querendo saber se eu estava lhes avaliando, observando a maneira como eles realizavam os procedimentos. Percebi que eles gastavam uma energia considerável na veiculação da impressão do “enfermeiro eficiente e capaz” que está sendo observado por um aluno, estagiário, mestrando ou como eles quisessem me denominar. Quando me dava conta dessas situações, reafirmava meus objetivos, que não tinha intenção de avaliá-los e que estava apenas querendo conhecer o ambiente para depois dar o rumo da pesquisa.

Além disso, outro aspecto que despertava a inquietação era a maneira diferente de pesquisar que eu adotava, segundo eles. Acostumados com estudos nos quais os pesquisadores chegavam, apresentavam-se e davam um questionário para eles responderem e, depois de obtidas as informações, não retornavam nem conviviam com eles, os atores sociais também estavam habituados a pesquisas que têm como seus objetos de estudo questões clínicas e passíveis de quantificação.

Em várias conversas, essa inquietação se fez presente, falavam do quanto seria difícil fazer uma pesquisa antropológica e que, coletar dados sobre patologias ou sintomas é mais simples e fácil. Sempre houve discussões sobre esse aspecto, no primeiro mês de trabalho de campo.

O estranhamento diante de uma forma de pesquisar considerada, por eles, muito abstrata, em que não fica concretizado ou nítido o objeto de estudo, já que não havia instrumentos, escalas para eles preencherem, soava como “diferente”. Como resumiu uma das enfermeiras, com um tom descontraído (em meio a uma discussão sobre o método e não sobre o objeto de estudo): *“eu não sei bem o que ele pesquisa. Mas sei que fica o tempo todo ao meu lado, me observando. É a minha sombra!”* (Nota de Campo).

Considero tudo isso um importante fato, na medida em que proporcionou um contato efetivo dos atores envolvidos com a pesquisa de orientação etnográfica. Contribuiu, ao mesmo tempo, para discussões sobre o objeto de estudo da enfermagem, em especial, que, como muitos autores defendem (70,71), deveria ser essencialmente qualitativo e lançou luz em questões e aspectos vivenciados por eles que em outras lógicas não seriam evidenciados.

A respeito das inquietações que, no início, a minha presença suscitava, registrei a seguinte nota de campo:

a enfermeira logo abriu mão de uma postura defensiva. Em minutos ela já estava me explicando tudo do setor, ensinava muitas coisas, me deixou à vontade, continuava me apresentando para todos que chegavam e, sobretudo, ensinava várias coisas de nossa profissão. Aliás, esta tem sido uma postura adotada por mim: disposto a aprender com eles. Todos inicialmente tinham essa defesa por pensar que estavam sendo observados por mim. Mas tão logo comecei a interrogar-lhes, se desarmavam e davam explicações de tudo que eu perguntava, não só sobre a unidade, mas também sobre procedimentos, impressos e rotinas (Diário de Campo, 11/03/2008).

Essas atitudes de proteção também existiam quando eu entrava na copa durante os horários em que estavam lanchando. Geralmente mudavam de conversa ou falavam de uma maneira que era impossível compreender. Durante minha presença nos quartos, quando os técnicos de enfermagem cuidavam dos pacientes, estes se sentiam desconfortáveis. Eu sentia que eles se questionavam (de forma não-verbal) por que eu não iria ajudá-los ou como se eu não soubesse participar dos procedimentos.

Falar em participação remete ao que Spradley (9) chama de grau de participação durante as observações participantes. O autor classifica os tipos de participação: não participação, passiva, moderada, ativa e completa. Nesse sentido, o meu grau de envolvimento com os atores sociais pode ser considerado alto e a participação ativa.

O autor também lembra que nem sempre esse tipo de participação é realizado plenamente, variando de acordo com cada contexto. Em meu caso, fui orientado pela diretora da enfermaria a não realizar procedimentos e nem me envolver na rotina de serviços. Segui esta orientação, mas para o bom andamento da pesquisa e melhor inserção no campo, ocasionalmente, deixei de ser um estranho que apenas observa e participei indiretamente, em algumas situações. Tal disposição para ajudar fomentou o vínculo maior entre mim e os agentes pesquisados.

Foi assim que consegui ir tecendo uma teia de relações que ganharam significados e intensidade no decorrer dos dias. Em meio a todas as estratégias de conquista dos atores, envolvendo apresentações, conversas, trocas de informações, fui construindo meu vínculo com o campo de pesquisa.

Estar no campo significava muito mais que a coleta de dados de uma pesquisa, era também minha volta a um ambiente que gosto de estar e atuar, o hospital. Era também uma possibilidade de ampliação de minha rede de relações sociais dentro da Universidade, de estar conhecendo colegas de profissão e estar aprendendo com o ambiente novo e diferente.

Com o passar dos dias, freqüentar o hospital tornou-se uma rotina que se estabeleceu por meio de vínculos cada vez mais fortes. Ao final de alguns dias no campo registrei notas como esta: “ao final do dia, exaurido e feliz por ter sido útil, ter contribuído com os colegas e com os pacientes, deixei o hospital realizado não só como pessoa e pesquisador, mas, sobretudo, por ter estabelecido um vínculo com o campo e sentir-me participante daquele espaço” (Diário de Campo, 12/03/2008).

Com o tempo, percebi que acabei sendo reconhecido como um portador de uma mensagem mais humana da saúde e da prática hospitalar. Meses depois de minha entrada no campo constatei que alguns profissionais, nos corredores da enfermaria, passaram a discutir casos de pacientes levando em consideração aspectos mais amplos e integrativos do ser humano sob

seus cuidados como, por exemplo, se iriam ou não cortar o cabelo e o cavanhaque (ambos longos) de um cliente, movidos por seus gostos pessoais, um ato que em muito se assemelha ao que Goffman (18) denominou de “mortificação do eu” – uma intervenção na identidade do indivíduo que, geralmente, é o “paciente” receptor de cuidados.

As semanas seguiam e de segunda a sexta-feira, mesmo nas manhãs frias de inverno, o hospital sempre estava preenchido por transeuntes. Havia uma vida naqueles corredores que apenas nos finais de semana, vazios, podíamos dar conta. Nos finais de tarde, a enfermaria era tomada pelo vai-e-vem dos profissionais que se adiantavam, corriam contra o tempo para “fechar o plantão”⁶. Nessas horas a copa esvaziava-se, o movimento restringia-se, em grande parte, aos corredores, quartos e postos de enfermagem. Sempre ficava perplexo diante daquele ritual diário, que se repetia entre todos os plantões e nesses momentos o tempo era implacável.

Mas o tempo, no ambiente hospitalar, também é estruturado, medido, disciplinado, uma das características do capitalismo industrial. Segundo Thompson (72), essa medição do tempo, no contexto industrial que, em muito, se assemelha ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, era utilizada como meio de explorar a mão-de-obra. Nessa nova ordem política e econômica, alguns indivíduos adquirem um “relógio moral interior”, pelo qual assumem a disciplina, para si mesmos, e acreditam que a administração correta do tempo os livra do pecado.

Em contraste a esse tempo artificial, onde *Chronos* parece que irá a todos devorar, Nassar (73) nos apresenta uma discussão de tempo⁷ que se contrapõe ao tempo cronológico, tão presente na organização do trabalho hospitalar:

O tempo é o maior tesouro de que um homem pode dispor, embora inconsumível, o tempo é o nosso melhor alimento; sem medida que o conheça, o tempo é, contudo, nosso bem de maior grandeza; não tem começo, não tem fim; é um pomo exótico que não pode ser repartido, podendo, entretanto, prover igualmente a todo mundo; onipresente, o tempo está em tudo; existe tempo, por exemplo, nesta mesa antiga: existiu primeiro, uma terra propícia, existiu depois

⁶ Expressão corrente no meio dos profissionais de saúde que atuam em hospitais. Refere-se às últimas horas do plantão, momento em que temos de terminar de organizar os registros, checar as prescrições e a realização de procedimentos, dentre outras coisas, no intuito de preparar a passagem de plantão.

⁷ Discussão igualmente poética, e que fomentou esta minha escrita, foi realizada por Beatris Cristina Possato Gianei em sua dissertação de Mestrado, defendida na Faculdade de Educação da Unicamp (74).

uma árvore secular feita de anos sossegados, e existiu, finalmente, uma prancha nodosa e dura trabalhada pelas mãos de um artesão dia após dia; existe tempo nas cadeiras onde sentamos, nos outros móveis da família, nas paredes da nossa casa, na água que bebemos, na terra que fecunda, na semente que germina, nos frutos que colhemos, no pão em cima da mesa, na massa fértil dos nossos corpos, na luz que nos ilumina, nas coisas que nos passam pela cabeça, no pó que dissemina, assim como em tudo que nos rodeia; rico não é o homem que coleciona e se pesa no amontoado de moedas, e nem aquele, devasso, que se estende, mãos e braços, em terras largas; rico só é o homem que aprendeu, piedoso e humilde, a conviver com o tempo, aproximando-se dele com ternura, não contrariando suas disposições, não se rebelando contra o seu curso, não irritando sua corrente, estando atento para o seu fluxo, brindando-o antes com sabedoria para receber dele os favores e não a sua ira (73).

No entanto, o tempo cronológico estava presente em quase tudo naquele ambiente. Um tempo concreto, implacável, que solicitava sempre a atenção de todos. Um tempo carente dos olhares, dos cuidados, da importância que lhe era/é atribuída. Um tempo que faz parte, é estrutural, impossível trabalhar sem ele. Havia horários para tudo e todos.

Mas em meio a todo esse esquadramento cronológico, o tempo narrativo⁸ consegue suas frestas, como pequenas fendas que se abrem nesse campo concreto. É como se existisse uma luta entre o cronológico e o narrativo, assim como entre *Eros* e *Thánatos*⁹ ou, em uma perspectiva psicanalítica freudiana, entre pulsões de vida e pulsões de morte.

E porque não dizer, que o tempo cronológico é marcado por *Thánatos*, que é separação, destruição, violência, sujeição, alienação, morte. Enquanto o tempo narrativo é do campo de domínio de *Eros*, que é princípio de ação, é capacidade de contato que nos coloca em uma relação de intercorporeidade, é energia de conservação, é vida, regeneração, renovação. É socializar o conhecimento adquirido, é colocar-se em uma postura de abertura, de flexibilidade, de disponibilidade, de horizontalidade.

A aridez do ambiente hospitalar era, quase sempre, esmagadora, descoloria, isolava, recortava o mundo dos indivíduos que ali se encontravam. Uma aridez que imprimia um tom de

⁸ Quando falo em tempo narrativo, faço alusão ao termo que foi empregado por Marisa Monticelli em sua Tese de Doutorado, defendida em 2003, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (75).

⁹ Essa relação entre *Eros*, *Thánatos* e o tempo no ambiente hospitalar foi possível graças às valiosas considerações realizado por Liliana Maria Labronici em sua Tese de Doutorado, defendida em 2002, também no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, (76).

artificialidade e impessoalidade nos utensílios, nas atitudes, no ambiente como um todo e que mantinha sob controle a criatividade, a inovação, a subjetividade e o improviso.

Entretanto, em meio a uma aridez agreste, com sua estruturação configurada e muito bem cingida, era comum os momentos de contrastes. Ao fundo daquele vai-e-vem nos finais de tarde, passava quase sempre despercebido, um espetáculo que a Natureza nos presenteava nos dias ensolarados e de céu limpo. As janelas dos quartos dos pacientes ficam voltadas ao oeste, onde o sol se põe. Por elas penetravam a luz de tonalidade vibrante, mas suave, dos raios solares e, em muitas dessas ocasiões, eu os convidava (funcionários, pacientes e acompanhantes) para contemplá-los; até mesmo do posto de enfermagem podíamos ver os raios que se alongavam na medida em que o sol baixava no horizonte.

Quando não era isso, do pátio externo da enfermaria, o chamado quadrante, ecoava o som dos acordes produzidos pelo piano que, sutilmente, habitava aquele espaço. Geralmente, pacientes, funcionários, acompanhantes ou estudantes da Universidade visitam o piano e ali tocam um pouco do que sabem. E a música, com sua genial capacidade de nos reportar a situações passadas, de nos trazer pessoas e tantas outras sensações, invadia o cotidiano de trabalho e a rotina de interno de alguns pacientes. Essas poucas impressões mais humanas contrastavam fortemente com a artificialidade e com a organização industrial do ambiente que, em geral, não promove poesia ou música.

Considero todas essas vivências como essenciais para o desenvolvimento do meu trabalho de campo. Isto me faz lembrar o “conselho” dado por Malinowski (10): “recomenda-se ao etnógrafo que de vez em quando deixe de lado máquina fotográfica, lápis e caderno, e participe pessoalmente do que está acontecendo”.

Era impossível, com o passar do tempo e o aprofundar das relações, não me envolver com o campo de pesquisa e seus atores sociais. Foi assim que minha entrada e permanência, na copa, deixaram de ser algo estranho e não familiar para possibilitar importantes descobertas. Quem estava entre eles era o Lucas, que, mesmo pesquisando, era amigo, por vezes conselheiro (e que também buscou conselhos), filho (necessitando do carinho de pais distantes), enfermeiro,

estimulador de suas potencialidades e que, de tanto conviver com eles *“daqui a uns dias já terá direito a férias e décimo terceiro salário”*, como exclamou, brincando, um dos profissionais.

Foi inserido nesse contexto de relações que minha saída do campo foi se delineando paulatina e cuidadosamente. Após perceber o ponto de saturação na coleta das informações, fui tornando minha presença cada vez mais rara entre eles (eu precisava fazer o “desmame” do hospital primeiro em mim). Durante a escrita desta dissertação retornei ao campo inúmeras vezes para, dentre tantas outras coisas, buscar explicações, pontos de vista, opiniões etc.

2.6 Procedimentos para coleta, registro e análise das informações

Para realização das coletas, estive no campo durante os horários da manhã e tarde. A média de permanência diária no campo era de cinco horas entre os meses de março e setembro de 2008. Nesses dias, acompanhei as passagens dos plantões, as rotinas diárias, as relações da Enfermaria Cirúrgica com outros setores do hospital; participei também de reuniões e treinamentos, tanto na enfermaria como no Departamento de Enfermagem do hospital, o que evidencia a abertura de espaço que toda a equipe me concedeu. Estive também em grupos de estudo e pesquisa, em que os profissionais da unidade estavam envolvidos; conheci os pacientes e seus familiares e participei, principalmente, dos encontros ocorridos na copa.

Houve dias em que me sentava dentro da copa e ficava todo o tempo presenciando as conversas das pessoas, que iam e vinham. Muitas das minhas observações e dados foram obtidas dessa maneira. Fiz isso, principalmente após alguns meses, quando já não era mais um estranho entre eles.

Durante essa imersão, empreguei como instrumento para coleta de dados a observação participante, a entrevista individual semi-estruturada, questionário socioeconômico e realizei fotografias da estrutura física.

A técnica da observação participante oferece a oportunidade para o pesquisador ficar mais próximo das cenas culturais que acontecem no cenário da pesquisa (9). Por meio do olhar e do ouvir, o pesquisador integra-se ao campo de estudo e os informantes passam a conhecê-lo e aceitá-lo como um dos seus, após algum tempo. Durante as observações participantes, são

detectadas informações que remetem ao aspecto informal e colorido das situações sociais que, como observou Malinowski (10), não são reveladas a não ser para os íntimos.

As observações foram realizadas em duas etapas: (1) pré-observação: realizei visitas prévias à enfermaria para conhecer a equipe e sua dinâmica, dedicadas a alicerçar previamente a observação participante. Fiz essas pré-observações quando iniciei o trabalho de campo; e (2) observação participante: se deu por meio da presença freqüente no setor, de acordo com orientações da diretoria de enfermagem, onde foram realizadas interações com os sujeitos da pesquisa e selecionados os informantes-chave para as entrevistas individuais.

As observações participantes foram realizadas em todas as situações nas quais estive presente, mas com o passar dos meses foquei principalmente na copa, que constituiu o cenário principal de estudo que, segundo Spradley (9) caracteriza uma etnografia focada. Nessas observações, sempre interagi como um deles e participava ativamente e após, reservadamente, anotava tópicos para não esquecer o que tinha visto com palavras-chaves que me fizessem lembrar a ocasião no momento de escrever o diário de campo.

Todas as anotações realizadas durante as seções de observações participantes foram registradas no diário de campo de forma narrativa e descritiva sempre à noite, quando voltava para casa. Nele, foram sendo feitas observações diversas e análises preliminares dos dados.

Para caracterização dos atores participantes, apliquei um questionário socioeconômico (Apêndice 02), estruturado com doze questões de múltipla escolha. Esse instrumento só foi aplicado na última semana em que estive no campo, por considerar que a adesão e a veracidade das informações seriam maiores por já existir entre nós um vínculo empático.

As entrevistas individuais semi-estruturadas foram realizadas na própria enfermaria, de acordo com a disponibilidade de tempo e espaço. Geralmente as realizei na sala de supervisão de enfermagem. No total, foram realizadas 18 entrevistas com uma duração média de 30 minutos cada, já que direcionei meu foco principal para a observação participante e utilizei as entrevistas para aprofundar questões emergidas com as observações. Os atores sociais entrevistados, como dito anteriormente, foram enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e assistente social.

As entrevistas foram agendadas previamente. Para executá-las, foi utilizado um roteiro com questões abertas (Apêndice 03). As perguntas partiram de questões gerais até irem se afunilando de acordo com o direcionamento da conversa.

As entrevistas foram registradas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra registrando as falas dos sujeitos da pesquisa, bem como possíveis expressões e gestos percebidos pelo entrevistador durante o encontro. Para garantir o sigilo das informações, não foi utilizado o nome real dos informantes-chaves, citando apenas suas categorias profissionais. Em alguns casos, foi necessário citar nomes de alguns personagens referidos pelos informantes entrevistados. Nessas ocasiões utilizei nomes fictícios.

O conteúdo de minhas interpretações sempre foi submetido à apreciação dos *midlemen* (dois enfermeiros assistenciais) selecionados dentre os informantes, a fim de confrontar minhas leituras com a realidade por eles vivenciada e conhecida. Suas sugestões são analisadas e, quando pertinentes, aceitas. Outra maneira que usei para validar meus dados foi sempre mostrar aos informantes a transcrição de sua entrevista e algumas notas de campo, além de discussões realizadas nos Grupos de Pesquisa: Memória, Saúde e Sociedade e no Laboratório de Pesquisa Clínico-qualitativa, ambos da Unicamp.

Além da observação participante e das entrevistas individuais, foram realizadas fotografias da estrutura física da unidade. Para a realização dessas fotografias, foi pedida autorização ao responsável pelo setor de Relações Públicas do hospital (Anexo 03) e à diretora de enfermagem da enfermaria. Mesmo não envolvendo atores nas fotografias, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi pedido autorização para a realização das mesmas (ver fotografias no Apêndice 04).

Diante da infinidade de aspectos que sinalizavam como importantes para o maior aprofundamento desse estudo é inevitável concluir que foi difícil selecionar esses pontos e trazê-los aqui em forma de dados. Portanto, devo admitir que esta análise cultural seja, como todas o são, incompleta no sentido de não ter conseguido, saturar as diversas faces do cenário cultural estudado.

As informações foram analisadas concomitantemente à coleta, de acordo com o método etnográfico, assim a análise das informações se fez desde o momento que começou a coleta (9).

Foram realizadas leituras cuidadosas das descrições e dos registros no diário de campo, elaborados a partir das observações e das transcrições das entrevistas, à procura de **domínios culturais**, que segundo Spradley (9), são categorias de significado cultural que inclui outras categorias menores e que são compostos pelos seguintes elementos: *termo coberto*, que são frases e palavras extraídas das notas de campo e das entrevistas; *termo incluído*, que é uma categoria menor, parte integrante do domínio cultural; e as *relações semânticas*, que são duas ou mais palavras que ligam o termo coberto ao termo incluído e se equacionam na ação observada, definindo o termo incluído. No total foram elaborados cinquenta e seis domínios culturais utilizando um impresso próprio (Apêndice 05), baseado nas orientações de Spradley (9).

Embora tenha trabalhado com o referencial metodológico do Spradley (8,9) na fase de análise das informações, realizei algumas adaptações, adequando o método às minhas reais necessidades. Dessa forma, após elaboração dos domínios culturais, procedi a **análise taxonômica** que, segundo Spradley (9), é um conjunto de categorias organizadas sobre a base de uma só relação semântica, que demonstrou as relações de todos os termos incluídos no domínio, apresentando a relação entre os termos culturais de um discurso.

No entanto, não organizei essas relações entre os termos incluídos de um domínio, como orienta o autor, e sim, busquei relações entre os domínios culturais encontrados, no intuito de incluí-los em **temas culturais** que os abarcassem em sua totalidade. Além disso, decidi em não apresentar no corpo da dissertação os domínios culturais e as análises taxonômicas, como habitualmente o fazem. Dessa forma, cada tema cultural constituiu um capítulo no qual são discutidos seus aspectos particulares.

Com isso, trabalhei com três temas culturais. São eles: *Ritos de Iniciação e de Passagem: estágios da trajetória profissional*; *O espaço físico da copa: liminaridade, communitas e antiestrutura*; e *Um misto de urgência, angústia e satisfação: características marcantes do processo de trabalho*.

2.7 O rigor do estudo e os cuidados éticos

Como requisitos de garantia do rigor deste estudo foram observados alguns critérios que são próprios para o desenvolvimento de estudos qualitativos, em especial. Streubert e Carpenter (77) afirmam que para o estudo possuir confirmabilidade necessita demonstrar auditabilidade, credibilidade e adequabilidade.

A *auditabilidade* consiste na avaliação, por um investigador experiente, de todo o processo e produto da pesquisa, como a adequação dos procedimentos de coleta e análise dos dados, desde os dados brutos, passando pelas categorizações iniciais, identificação de temas, interpretações e chegando às conclusões (4). A auditoria neste estudo foi realizada, em parte, pelos membros da Banca Examinadora, durante o Exame de Qualificação do Projeto de Pesquisa e na Pré-banca e pelos membros do Grupo de Pesquisa Memória, Saúde e Sociedade e do Laboratório de Pesquisa Clínico-qualitativa do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da FCM/Unicamp. Já o acompanhamento do processo até o produto final foi realizado pelo orientador dessa dissertação.

A *credibilidade* se demonstra quando os participantes reconhecem nas descobertas de pesquisa relatadas as suas próprias experiências (77). Para atender a este critério apresentaram-se a cada participante do estudo as descrições das informações levantadas, e se lhes pediu que verificassem se as mesmas correspondiam ao que cada um tinha expressado. Além disso, também apresentei os dados, cuidando do anonimato de cada ator social, aos *midlemen* que eram dois enfermeiros assistenciais da unidade.

Já com relação à *adequabilidade* (validade externa), ela implica no fato de os dados terem significados para outros em situações similares (77). Assim, um estudo atende ao critério de adequabilidade quando seus resultados podem ser “encaixados” em um contexto fora da situação em estudo, quando a audiência vê seus resultados como significativos e aplicáveis em termos de outras experiências e quando estes resultados refletem tanto situações típicas como atípicas.

Isso é possível porque na pesquisa qualitativa qualquer sujeito que pertença ao grupo específico do estudo, é considerado representativo daquele grupo. Portanto, a experiência de qualquer pessoas, se está bem descrita, representa “uma parte da vida do mundo”, atribuindo ao

pesquisador a tarefa de estabelecer a posição de todos os sujeitos em relação ao grupo do qual eles são membros e o significado de suas narrativas como experiências de vida (41).

No entanto, é importante assinalar, como o fez Lenardt (4), que por se tratar de um estudo etnográfico, não se considera que seus resultados possam ser construções universais, que possam se estender a outros cenários culturais, mas acredita-se que venha a ser um gerador de questões para outros estudos.

Neste estudo também foram observados os princípios éticos preconizados pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e pelos preceitos adotados, em 1971, Associação Americana de Antropologia, mencionadas por Spradley (9):

- 1) Proteger os direitos, interesses e sentimentos dos informantes;
- 2) Comunicar os objetivos da investigação aos informantes;
- 3) Proteger a privacidade dos informantes, ou seja, eles têm o direito de permanecerem no anonimato, podendo, inclusive, não aceitar o uso de gravadores, a realização de fotografias ou qualquer outro meio para obter informações;
- 4) Não explorar os informantes no sentido de obter vantagens pessoais ou prejudicar os informantes através do trabalho etnográfico;
- 5) Colocar à disposição dos informantes os dados e as análises do trabalho etnográfico.

Esta pesquisa está registrada no Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp sob o número 555/2008. Foram também obtidas autorizações para realização do estudo junto ao Departamento de Enfermagem e da Diretoria do hospital.

No capítulo seguinte descreverei o cenário cultural do estudo situando-o no contexto mais amplo em que está inserido.



CAPÍTULO III

O “mosaico”: descrevendo o cenário cultural

Neste capítulo discutirei, inicialmente, o panorama contemporâneo dos hospitais universitários brasileiros e em seguida descreverei o cenário cultural onde o estudo desenrolou-se, enfatizando os aspectos estruturais, funcionais e, principalmente, a reforma organizacional que nele se vivencia.

Na atual conjuntura política, social e econômica, o hospital passou a protagonizar um importante papel ao permitir um processo de acumulação de capital e uma reprodução simbólica da perspectiva mecanicista e industrial – ambos os aspectos essenciais ao mundo capitalista. Com isso, os estudos que o abordam, por meio de uma análise quantitativa, interessados em conhecer sua estrutura, organização do processo de trabalho e eficácia produtiva, têm predominado no campo da saúde.

Diante disso, as instituições hospitalares têm sido analisadas levando-se em consideração diversos enfoques e perspectivas: porte, vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade, modelo organizacional, contribuição na formação de profissionais de saúde, seu papel na incorporação de novas tecnologias, entre tantos outros aspectos (78).

Diante das importantes transformações que os hospitais têm passado no decorrer dos anos, conceituá-lo torna-se uma atividade desafiadora, uma vez que é necessário compreender suas multiplicidades. Uma das conceitualizações bastante utilizada é de instituição que provê leitos, alimentação e uma rotina de cuidados para pacientes enquanto estes são submetidos a procedimentos investigativos e terapêuticos, em processos que visam em última instância, restaurar suas condições de saúde (79).

Frente às múltiplas características e funções que o hospital abarca, faz-se necessário delimitar nosso tema de estudo: o hospital universitário.

O hospital universitário (HU), em sua concepção “tradicional”, possui algumas características: (a) um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (faculdades de medicina, por exemplo); (b) prover treinamento universitário na área de saúde; (c) ser reconhecido como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; e (d) propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população (80).

Diferentemente do HU, os hospitais de ensino foram caracterizados a partir da criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária (FIDEPS), em 1991. Para fins do FIDEPS, foram definidos como hospitais de ensino aqueles reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC), com funcionamento regular há pelo menos cinco anos e caracterizado como centro de referência nacional no Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade (81).

Mais recentemente, em 2004, as Portarias Interministeriais dos Ministérios da Educação e da Saúde, números 1.000, 1.005 e 1.006 (82-84), estabeleceram a certificação dos hospitais de ensino. Essa certificação é necessária, também, para poder avaliar a heterogeneidade dessas instituições e dos HUs.

De acordo com os dados do “Acompanhamento das Instituições Federais de Ensino Superior e dos HUs”, referentes ao ano de 2005, publicados pelo Sistema de Informações dos HU da Secretaria de Ensino Superior do MEC (85), essa heterogeneidade dá-se em diversos aspectos, a começar pela distribuição geográfica (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos hospitais universitários e respectivos leitos nas regiões Brasileiras - 2005

Região	Hospitais	Leitos	Leitos/hospital	Leitos/100.000 habitantes
Norte	3	506	168,7	3,4
Nordeste	16	2.798	174,9	5,4
Centro-Oeste	4	913	229,2	7,0
Sudeste	6	3.889	648,2	4,9
Sul	6	2.150	358,3	8,0

Fonte: Machado SP, Kuchenbecker R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(4): 871-7.

As Regiões Norte e Sul apresentam a mais baixa e a mais alta proporção de leitos de HU por 100.000 habitantes, respectivamente, 3,4 e 8,0. Os números de leitos, também possibilitam compreender a noção de porte desses hospitais que variam significativamente entre as regiões brasileiras, entre 168,7, na Região Norte e 648,2, na Região Sudeste.

Já com relação ao perfil dos docentes em atividades nos HUs, a média semestral em 2005 era de 32,26% de graduados e especialistas (1.983), e de 67,74% de mestres e doutores (4.163). Esta mesma variável permanece heterogênea quando a distribuição é realizada de acordo com as regiões brasileiras (Tabela 2).

No tocante ao dimensionamento de pessoal, considerando uma média nacional de 6,1 funcionários por leito, há uma variação entre 4,2 (valor mínimo) e 9,4 (valor máximo) (78).

Tabela 2 – Distribuição dos docentes em atividades nos HUs por titulação e Regiões Geográficas, média semestral de 2005

Regiões	Graduados e Especialistas	Mestres e Doutores	TOTAL
Norte	98	130	228
Nordeste	659	886	1.545
Centro-Oeste	238	366	604
Sudeste	664	2.087	2.751
Sul	324	694	1.018
TOTAL	1.983	4.163	6.146

Fonte: Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Departamento de Desenvolvimento da Educação Superior. Coordenação Geral de Acompanhamento das Instituições Federais de Ensino Superior e Hospitais Universitários. O acompanhamento das IFES e HUs: relatório de atividades 2006. Brasília: Ministério da Educação; 2006.

Com relação ao perfil da assistência prestada, segundo dados do MEC (85), 11 dos HUs são caracterizados como prestadores de atenção de baixa complexidade, 14 de média complexidade, 7 de alta complexidade e 8 não foram definidos.

Em 2003, os HUs e hospitais de ensino, somados, corresponderam a 10,3% do total de leitos do SUS no país, 11,8% das internações hospitalares (aferidas através das autorizações de internação hospitalar [AIH]), 11,6% do total da produção ambulatorial nacional, 25,6% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 37,6% dos procedimentos de alta complexidade realizados no país e realizaram AIH com valor médio equivalente a R\$ 779,99 (78,86).

O HU tem apresentado os dados de sua produção anual (2004-2008), mesmo não estando incluído nas estatísticas anteriormente descritas, por ser um hospital vinculado a uma universidade pública estadual (Tabela 3).

Tabela 3 – Indicadores de produção do HU em estudo, 2004-2008

Indicadores	2004	2005	2006	2007	2008*
Internações	13.733	14.065	13.601	13.308	12.808
Leitos	359	367	376	376	379
Média Diária de Internações	37,52	38,53	37,26	36,46	38,23
Taxa de Ocupação (%)	86,12	85,29	82,94	81,89	83,9
Média de Permanência	8,51	8,03	8,37	8,44	8,4
Total de Cirurgias	14.317	14.361	13.294	14.058	12.523
Total de Transplantes	241	243	239	251	106
Consultas	354.756	349.571	325.916	323.599	292.993
Exames Laboratoriais	1.768.975	1.950.981	2.034.537	1.997.948	2.016.497

Tabela 3 – Indicadores de produção do HU em estudo, 2004-2008 (continuação)					
Indicadores	2004	2005	2006	2007	2008*
Exames Radiológicos	117.438	126.992	123.923	121.840	116.571
Procedimentos Ambulatoriais**	1.781.967	1.982.953	2.002.711	1.938.562	-

Fonte: Serviço de Estatística do HU. Indicadores de Produção 2004-2008. (*) Estes dados ainda não incluem as estatísticas do mês de dezembro de 2008. (**) A Instituição não disponibilizou os dados de 2008 para este indicador.

Conforme podemos observar na tabela acima, geralmente, essas instituições de saúde têm uma vasta produção de serviços e assistência e, como especificado anteriormente, concentram suas atividades em um nível de atenção terciário.

3.1 O Hospital Universitário: o contexto do estudo

O HU é um hospital público mantido por recursos do SUS e da universidade. Está vinculado à Faculdade de Ciências Médicas e teve sua história construída paralelamente à história da Unicamp. Esta última trata-se de uma instituição pública estadual, situada na cidade de Campinas, Estado de São Paulo.

Em 15 de fevereiro de 1979, o HU iniciou oficialmente suas atividades com a inauguração dos 53 consultórios do ambulatório. Hoje é considerado um dos maiores hospitais gerais do interior do Estado de São Paulo e um centro de excelência médica nacional, que atende cerca de 500 mil pacientes por ano.

Além de ser palco de realização de diversas atividades de ensino e pesquisa, o HU oferece assistência à saúde em 44 especialidades médicas oferecidas com alto nível de qualificação e capacidade para cerca de 1.000 atendimentos ambulatoriais e de emergência/dia, além de uma média de 40 cirurgias diárias. As 44 especialidades ambulatoriais se dividem em cerca de 580 sub-especialidades.

Em maio de 2008, o hospital contava com 383 leitos ativos, 38 enfermarias, 17 departamentos médicos, 22 unidades de procedimentos especializados, 15 salas cirúrgicas gerais, oito salas cirúrgicas ambulatoriais, oito serviços de laboratório e cinco serviços de diagnóstico.

Sua estrutura física conta com mais de quatro mil metros em corredores distribuídos em sete blocos interligados, sendo: **Bloco A** – Ambulatórios; **Bloco B** – Unidade de Urgência e

Emergência Referenciada, centro de imagenologia, centro cirúrgico ambulatorial e procedimentos especializados; **Bloco C** – Enfermarias; **Bloco D** - Caixa d'água e elevadores, interligação entre os blocos A e C; **Bloco D2** - UTI Adulto, UTI de transplantes e Serviço de Arquivo Médico; **Bloco E** - Áreas de apoio técnico e administrativo, enfermarias, centro cirúrgico, UTI e central de material; e **Bloco F** – Laboratórios.

Nessa conjuntura, o hospital assume uma imensa participação no processo de formação dos recursos humanos da área de saúde na universidade. Administrativamente, o hospital é uma unidade vinculada à Administração do Conselho Superior da Universidade, ligada à reitoria e à FCM. Integram a administração superior do hospital o Conselho Executivo de Administração e Conselho Superior do hospital, a Superintendência, as Coordenadorias de Assistência e Administração e a Diretoria Clínica (Figura 1).

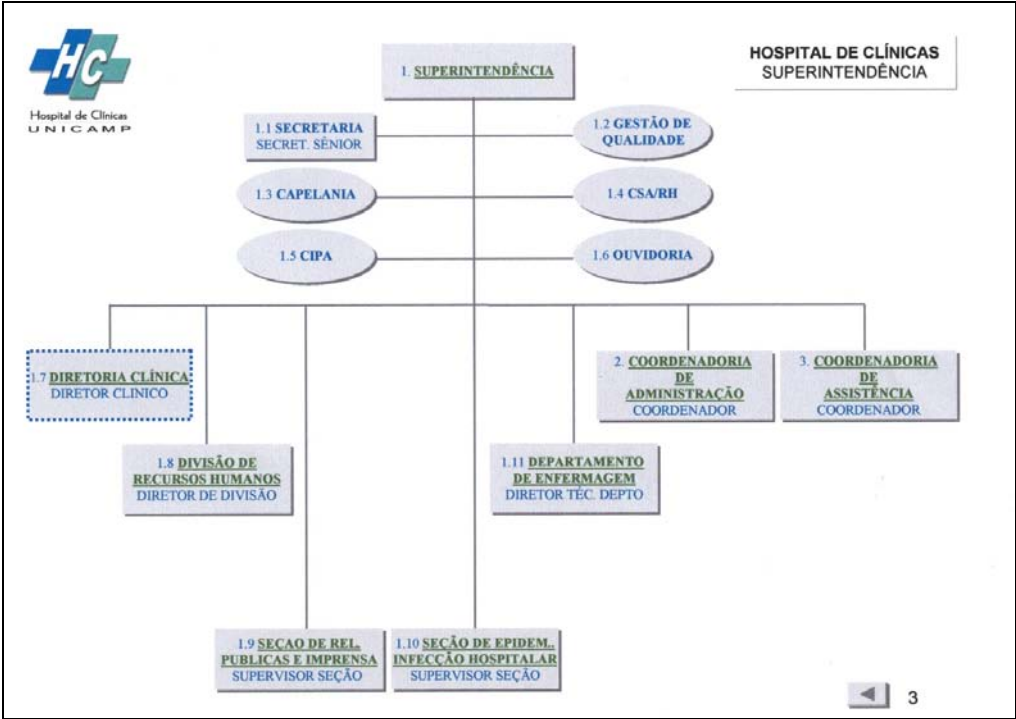


Figura 1 – Visão geral do Organograma do HU.

A Superintendência é o órgão superior de direção do hospital que coordena e controla as atividades de administração do HU. O superintendente é eleito pela comunidade do hospital para um mandato de quatro anos.

O Departamento de Enfermagem do HU é o órgão que gerencia e coordena as atividades de enfermagem desenvolvidas em toda instituição. Hierarquicamente é composto por um enfermeiro diretor geral, pelos enfermeiros diretores de área, seguidos dos enfermeiros apoiadores (espécie de supervisor assistencial e administrativo responsável por uma unidade), após os enfermeiros assistenciais e por fim os profissionais de enfermagem de nível médio. (Figura 2).

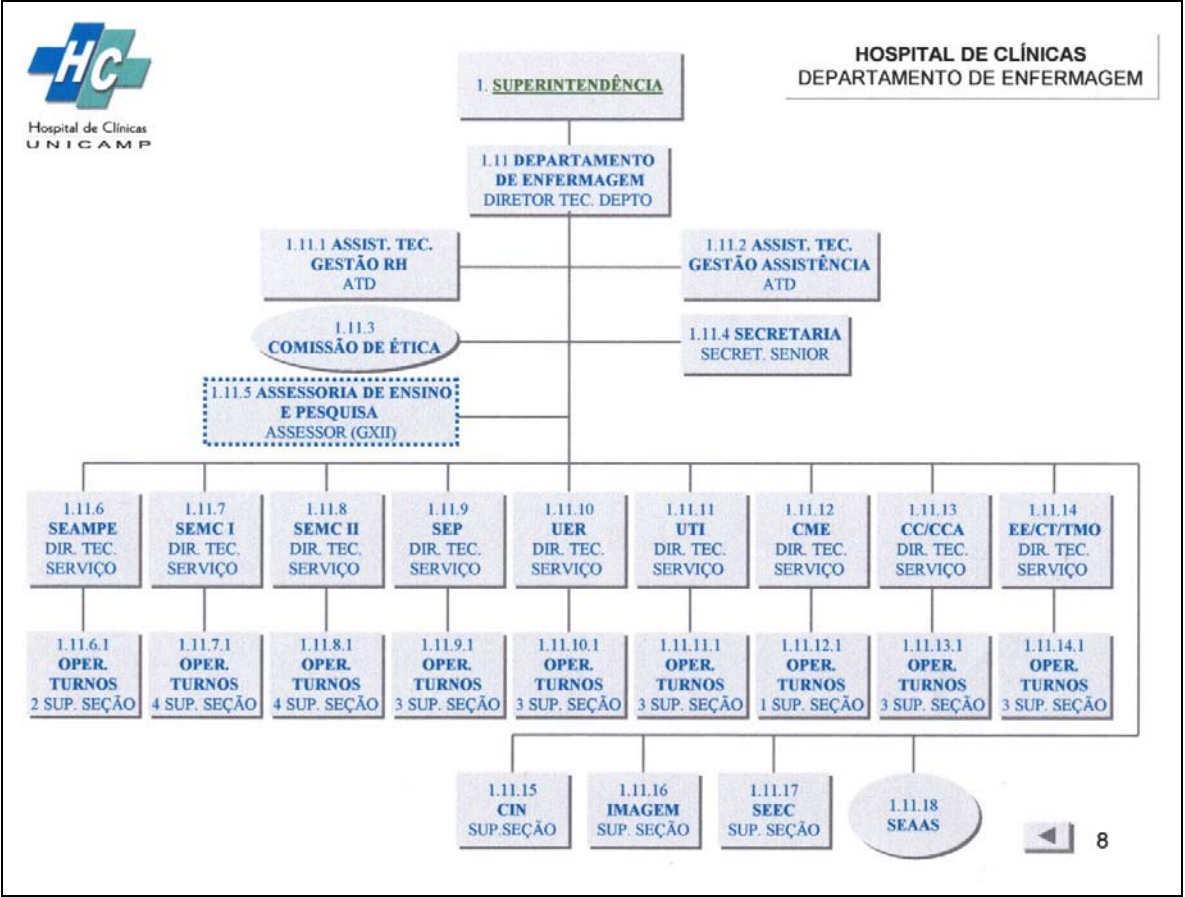


Figura 2 – Organograma do Departamento de Enfermagem do HU.

3.2 A Reforma Organizacional

A reforma organizacional que atualmente se processa no HU é uma ousada tentativa no sentido de introduzir no ambiente hospitalar uma nova perspectiva de administração. Esse novo projeto organizacional engloba o indivíduo e o contexto de trabalho em uma abordagem dialética que admite o conflito como essencial para seu funcionamento, perspectiva própria do

Materialismo Histórico. Com isso, pretende-se, em última análise, construir um inovador ponto de vista que inclua as dimensões mais humanas que, geralmente, são secundárias em um ambiente complexo e estrutural como o da organização hospitalar. No entanto, é importante destacar as dificuldades vivenciadas na implementação desse processo, uma vez que ocasiona e propõe situações que remete às estruturas de poder hegemônicas no interior da organização hospitalar moderna. Essa tentativa de reforma administrativa está embasada teoricamente no método de Gestão Colegiada centrada em Equipes de Saúde.

Ao descrever o Método para Co-governar Organizações de Saúde, Campos (87) elenca os passos para sua criação, que seriam, principalmente, modificar os organogramas dos serviços de saúde, extinguindo os antigos departamentos e seções recortadas segundo profissões. No caso específico do HU, seu atual organograma também recebe influências de sua estrutura física. Dessa forma, seria criado um organograma mutante, sempre sujeito a reformulações, porque, de antemão, saber-se-ia e admitir-se-ia, em princípio, a sua imperfeição.

Ainda segundo esse método, o passo seguinte seria a criação das Unidades de Produção, que substituiria os antigos departamento e seções. Estas Unidades congregariam todos os profissionais envolvidos em um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou objetivos identificáveis. Cada uma dessas Unidades teria um único coordenador e elaboraria um projeto de trabalho e todos esses indivíduos que comporiam essas equipes multiprofissionais iriam constituir um Colegiado, para cada uma destas Unidades de Produção, encarregando-se de elaborar diretrizes, metas e programas de trabalho, avaliando-os periodicamente (87).

O coordenador teria a função de direção executiva, implementando decisões do Colegiado da Unidade e tomando decisões imprevistas, conforme a dinâmica dos acontecimentos, mas sempre se apoiando em diretrizes anteriores e também funcionaria como um dos elos de comunicação com o exterior, estabelecendo contatos com outras Unidades, com a direção-geral do serviço, usuários etc. (88).

É nesse modelo de gestão que surgiu os cargos de enfermeiros apoiadores no HU. Segundo as orientações de Campos (87,88) para o funcionamento dos Colegiados também deveria haver um Supervisor, cuja função não condiz com a concepção taylorista de controle e

fiscalização. Mas sim, como apoiador e agenciador de mudanças, alguém que ajudasse na identificação e no enfrentamento de problemas. Esta é a intenção do estabelecimento desse cargo, em detrimento dos antigos supervisores de turno, o que também se adéqua à orientação do autor sobre a diminuição do número e do poder de influência das direções intermediárias.

Segundo os atores sociais entrevistados, para ocupar o cargo de enfermeiro apoiador é necessário: ser concursado na universidade (esta exigência faz sentido em virtude da existência de uma fundação que igualmente seleciona e contrata funcionários para o HU, a Fundação de Desenvolvimento da Unicamp - FUNCAMP); ser experiente na área onde atua; ter bom relacionamento interpessoal com a equipe; ser dedicado, envolvido com o processo de trabalho na enfermagem; ter “espírito” de liderança; ser competente “aos olhos” da diretora conquistando sua confiança no dia-a-dia; e ser indicado pela diretora da área.

Campos (87,88), ao discutir o conceito de dispositivo como artifícios que se introduzem com o objetivo de instaurar algum processo novo (oficinas de planejamento, treinamentos e cursos, grupos de sensibilização, discussões de problemas, etc., por exemplo) traz à baila a importância da alteração da cultura organizacional, que para ele é socialmente construída, recomendando a facilidade de acesso às informações para todos os integrantes das Unidades Produtivas.

Com relação aos conflitos, que são típicos das constantes disputas em torno de modelos e programas de atenção, divisão de trabalho e atribuição de responsabilidade, Campos (87) advoga uma máquina gerencial dialética fundamentado nas idéias de Heráclito, Hegel, Marx e Gramsci. Tal perspectiva não teria o objetivo de resolver esses conflitos e muito menos eliminar as contradições, mas um ponto de vista que permite compreender e lidar com os conflitos sociais básicos à instituição de qualquer sociedade.

Diante das supostas dificuldades que o homem contemporâneo tem em conviver com a contradição, com o claro-escuro, o certo-errado, o perto - longe sem tomar partidos polarizados, Campos (87) aconselha que é possível:

descobrir a importância e a necessidade de se aprender também com o pólo que se deseja superar. Aprender a aprender com o objeto submetido à crítica, não há sabedoria sem esta dialética da aproximação e do distanciamento dos objetos ou

fenômenos ou sujeitos com os quais interagimos. Descobrir ainda que o pólo negado nunca seria absolutamente suprimido, mas, sim, em caso de sucesso, incorporado à síntese vitoriosa (87).

Este processo tem causado diversas mudanças no cotidiano dos profissionais que atuam na instituição e também dos estudantes. O organograma do hospital (Figuras 1 e 2) encontra-se em fase de modificação e já não reflete fielmente a organização administrativa de algumas unidades, que hoje já começam a funcionar de acordo com esse Modelo de Co-gestão.

Nessas circunstâncias, o contraste entre a estrutura rígida e impessoal da Organização e um panorama que se desenha mais humano, menos fragmentado torna-se evidentes, como bem discutiu Turner (11). É o momento no qual esse sistema estrutural, diferenciado, especializado e freqüentemente hierárquico de posições passa a sofrer os primeiros abalos provenientes de uma perspectiva mais integrativa, humana e global que se esforça em conceber o indivíduo que aí atua como ator e autor das situações sociais engendradas.

Diante desse contexto, o clima na enfermaria é de experimentação, de mudança, e como todo momento que envolve essas transformações e adequações, há sempre as inseguranças e incertezas. Durante minha presença no campo de pesquisa pude observar algumas conversas nas quais enfermeiros e médicos discutiam juntos ou em grupos o que lhes causava surpresa e desconforto nesse contexto de transição.

Pude perceber que tudo é muito confuso para os que não estão participando diretamente do processo, o que pode estar refletindo uma falta de informação, de esclarecimentos ou mesmo de aproximação entre os elos da Organização. Este não tem sido um tema de fácil entendimento e explicação no hospital, nem mesmo para os que o implementam ou estão em posições intermediárias.

Tal contexto de mudança e incerteza institucional é considerado ideal para o desenvolvimento de estudos antropológicos, uma vez que tudo pode ser objeto de discussão e as opiniões pessoais prevalecem (36). Dando continuidade, descreverei a enfermaria cirúrgica.

3.3 A Enfermaria Cirúrgica

A etnografia foi realizada na Enfermaria Cirúrgica da referida Instituição. Embora o foco central da pesquisa tenha sido este setor, vale salientar que, por sua ligação estrutural direta com a Enfermaria de Emergência Clínica, a também chamada Retaguarda, e por ser a mesma equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e serviço social para os dois setores, em alguns momentos estarei tratando também dessa segunda enfermaria. Isso porque a copa onde realizei considerável parte das observações participantes é freqüentada pela equipe de profissionais de saúde de ambas as Unidades.

A Enfermaria Cirúrgica está vinculada ao Departamento de Cirurgia da FCM. Ela recebe usuários que serão ou foram submetidos a tratamento cirúrgico de urgência ou eletivo, de diversas especialidades. Por se tratar, principalmente, de pacientes atendidos inicialmente na Unidade de Emergência Referenciada, em sua maioria são vítimas de traumas diversos ou condições clínicas de urgência e que após estabilização do quadro clínico, recebem alta hospitalar ou são transferidos para outras unidades dentro do HU para continuação do tratamento.

A Enfermaria de Emergência Clínica recebe usuários portadores de patologias diversas de caráter agudo ou que estão em fases agudas de doenças crônicas. Também recebem usuários de especialidades variadas encaminhando o tratamento da mesma maneira que na Enfermaria Cirúrgica.

Os profissionais se revezam em três turnos de trabalho, o plantão da manhã (7 às 13h), o plantão da tarde (13 às 19h) e o plantão noturno (19 às 7h), com carga horária semanal variando entre 30 e 40 horas semanais, a depender da categoria profissional. Nos plantões da manhã e tarde, em cada enfermaria, trabalha uma equipe multiprofissional composta por um médico residente do primeiro ano (R_1) geralmente apoiado por outros residentes mais graduados e pelo docente responsável; dois enfermeiros assistenciais, que são responsáveis pelos usuários internados nas enfermarias; um enfermeiro apoiador para as duas enfermarias; quatro técnicos de enfermagem em cada ala, sendo dois para cada enfermeiro; um fisioterapeuta, que é responsável pelo atendimento nas enfermarias em questão e na Unidade de Transplante de Medula Óssea; e um agente administrativo para cada enfermaria.

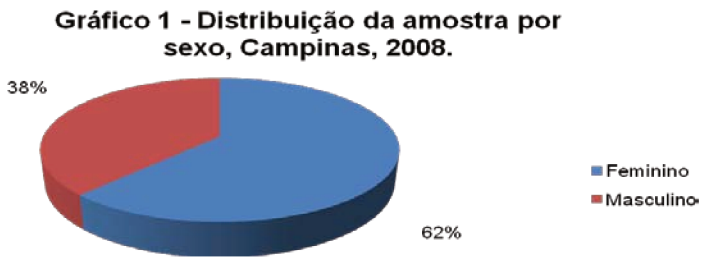
No plantão noturno há um médico R₁ e a equipe de enfermagem, que é composta da mesma forma que nos outros horários. A enfermeira apoiadora freqüentemente visita a unidade no horário noturno, mas não dá plantão integral (12h).

Os profissionais de enfermagem que trabalham na escala de seis horas diárias têm direito a sete folgas mensais, que são distribuídas de acordo com a “escolha” dos mesmos. Tal direito é realizado mensalmente quando se assinalam as preferências das folgas. No entanto, essas escolhas estão sujeitas às modificações feitas pela enfermeira apoiadora de acordo com as necessidades do setor. Tenta-se, na medida do possível, considerar as escolhas de folgas, de maneira que não passem mais de sete dias consecutivos trabalhando.

Os atores sociais que participaram do estudo podem ser assim distribuídos por categorias :

Tabela 4 – Distribuição da amostra por categorias profissionais, Campinas, 2008.		
Categoria Profissional	Frequência	%
Técnico de Enfermagem	20	44,5
Enfermeiro	12	26,6
Médico Residente	06	13,5
Técnico Administrativo	03	6,6
Fisioterapeuta	02	4,4
Nutricionista	01	2,2
Assistente Social	01	2,2
Total	45	100

No serviço, não há psicólogo disponível para atendimento aos usuários. Quando sua intervenção se faz necessária, é solicitada uma interconsulta (parecer de um profissional de outra especialidade) com psiquiatras ou com uma enfermeira psiquiátrica. Entre os 45 atores participantes há uma predominância (62%) do sexo feminino (Gráfico 01). Com relação à faixa etária, 38% nasceram entre 1971 e 1980, estando na faixa etária de 28 a 37 anos; 68,8% se denominado de cor branca, 29% pardos e 2,2% negros.



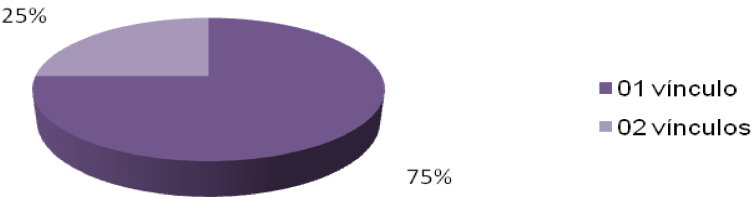
Com relação ao estado civil, 46,7% são solteiros, 40% são casados ou moram com um(a) companheiro(a) e 13,3% são separados, divorciados ou desquitados. No tocante à renda familiar, a maioria, 48,8% percebe um valor mensal que varia entre cinco e dez salários mínimos (R\$ 2.075,00 a R\$ 4.150,00 inclusive) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra por renda familiar, Campinas, 2008.		
Renda Familiar (em salário mínimo)*	Frequência	%
Até 02	01	2,2
02-05	10	22,2
05-10	22	48,8
10-15	08	18
Mais de 15	04	8,8
Total	45	100

*Valor do salário mínimo tomado como base para os cálculos: R\$ 415,00.

A maioria, 75%, possui dois vínculos empregatícios (Gráfico 2). Sendo assim, 51,1% deles têm uma jornada de trabalho diária de seis horas, 29% fazem 12 horas diárias de trabalho, 13,3% oito horas por dia já que são diaristas (trabalham oito horas por dia, de segunda a sexta-feira) e 6,6% cumprem uma jornada de 18 horas diárias.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra por número de vínculos empregatícios, Campinas, 2008.



O tempo de serviço no HU é bastante variado, a maioria (62,5%) tem menos de cinco anos na Instituição (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da amostra por tempo de serviço no HU, Campinas, 2008.		
Tempo de Serviço	Frequência	%
Menos de 05 anos	28	62,5
05 -10 anos	07	15,5
10 -15 anos	02	4,4
15 -20 anos	02	4,4
20 -25 anos	04	8,8
25 -30 anos	02	4,4
Total	45	100

Um fato bastante peculiar desse serviço é a quantidade de profissionais de enfermagem de nível médio, principalmente, com curso superior completo ou em andamento, favorecendo uma situação bastante interessante, a qual tive oportunidade de presenciar, o *rito de passagem* entre o papel de técnico de enfermagem para assumir o papel de enfermeiro e que será discutido posteriormente nesse estudo (Tabela 04).

Tabela 7 – Distribuição da amostra por escolaridade, Campinas, 2008.		
Escolaridade	Frequência	%
Ensino Médio Completo	13	29
Ensino Superior (cursando)	07	15,5
Ensino Superior Completo	16	35,5
Pós-graduação	09	20
Total	45	100

Outra característica analisada foi o local de origem dos profissionais, já que o Estado de São Paulo representa um dos destinos de maior escolha entre os brasileiros que migram dentro do país.

Além disso, a cidade de Campinas é o centro de uma importante região metropolitana que se desenvolveu graças ao seu desenvolvimento econômico. Isso favorece a vinda de indivíduos das cidades vizinhas e outras regiões do Estado de São Paulo, e mesmo de outros Estados brasileiros, atraídos pelas melhores condições de trabalho e estudo que a cidade oferece, decorrentes do desenvolvimento do pólo industrial, comercial e de serviços que se ampliou, também, em consequência da presença da Unicamp na região.

Os atores envolvidos evidenciam esta realidade, pois dentre eles 28,8% são naturais de Campinas e 71,2% são migrantes. Dos 71,2%, a maioria (75%) é da Região Sudeste, principalmente do Estado de São Paulo, 18,8% de Estados do Nordeste Brasileiro, 3,1% da Região Sul e 3,1% de outros países.

A Enfermaria Cirúrgica é dividida em sete quartos (433, 435, 437, 439, 441, 443 e 445), sendo um deles, 433, ocupado por quatro leitos e os demais por dois leitos cada. A Enfermaria de Emergência Clínica é dividida também em sete quartos (447, 449, 451, 453, 455, 457 e 459).

Além disso, há um posto de enfermagem, um expurgo para desinfecção de baixo nível de utensílios utilizados nas enfermarias e este expurgo atende a Enfermaria Cirúrgica e a Enfermaria

de Emergência Clínica; duas copas, uma para manuseio de dietas dos usuários internos e uma para uso dos profissionais das enfermarias; uma sala de reuniões na qual também acontecem aulas e confraternizações. Anexo à sala de reuniões há um *hall* no qual fica o computador utilizado para preparo e impressão das prescrições médicas, o escaninho com os prontuários dos usuários e um armário para guardar os materiais de consumo utilizados em procedimentos especializados (Anexo 01).

Separando as duas enfermarias, temos um segundo *hall* no qual também fica com computador e a impressora utilizada pelos médicos da Enfermaria de Emergência Clínica e anexo a ele uma sala para procedimentos em pacientes externos. Nesse mesmo espaço, fica a sala dos agentes administrativos, local aonde também são armazenados materiais diversos para uso nas unidades, outra sala para guarda de materiais utilizados em procedimentos de fisioterapia e, por fim, a sala onde são depositados os materiais e equipamentos utilizados pelos profissionais terceirizados responsáveis pela limpeza das unidades.

Todos esses espaços, exceto os quartos, encontram-se do lado direito do setor e são separados dos quartos por um longo corredor interno que também comunica a Enfermaria Cirúrgica com a Enfermaria de Emergência Clínica.

Após esse *Hall*, que considero uma “fronteira” entre as unidades segue-se o posto de enfermagem da Enfermaria de Emergência Clínica e um corredor que dá acesso à saída da unidade. Ao final do corredor principal há a sala de supervisão de enfermagem, que é a sala da enfermeira apoiadora e um espaço destinado para guarda dos cartões de ponto dos funcionários. O último quarto da unidade, que fica de frente para a sala da supervisão, está desativado e nele funciona um repouso para os residentes e o banheiro dos funcionários. Os demais profissionais não têm acesso a esse repouso (pelo menos oficialmente), mesmo os que trabalham no plantão noturno, a todos esses são garantidos o direito de quinze minutos de intervalo que, geralmente, são usados com idas à copa interna da enfermaria.

Cada quarto conta com um banheiro, dois leitos (com exceção do 433), um armário duplo para guarda dos pertences dos internos, pontos de saída de gases (oxigênio, vácuo e ar comprimido) entre os leitos, iluminação artificial na parede sobre os leitos e iluminação natural

por janelas que são revestidas por telas para impedir a entrada de insetos. Os quartos são divididos também de acordo com o sexo dos pacientes havendo enfermarias masculinas e femininas, mas, dependendo da situação, esses critérios podem ser desconsiderados e também não há uma padronização fixa dessa classificação.

Dois quartos da Enfermaria Cirúrgica (439 e 441) e da Enfermaria de Emergência Clínica (455 e 457) são destinados a usuários que necessitam de cuidados intensivos ou semi-intensivos, mas que, por ausência de leitos na UTI, permanecem nesse setor que teve sua estrutura adaptada para recebê-los. Este é um motivo de reclamações freqüentes por parte da equipe de enfermagem, principalmente pelos técnicos de enfermagem, pois são pacientes que requerem cuidados intensivos e demandam uma quantidade de *horas de enfermagem*¹⁰ superior ao habitual em enfermarias de internação, colaborando para o desgaste físico e emocional dos profissionais¹¹.

Como privilegiei a copa como um espaço liminar, um bastidor da enfermaria, é pertinente detalhá-lo. A copa, ou sala de café, é o lugar destinado à realização de refeições e lanches pelos profissionais. Cada um tem, por plantão, o direito de permanecer em seu interior por até 15 minutos, que representaria seu descanso.

Lá se encontra ao fundo uma pequena mesa sobre a qual ficam alguns lanches coletivos, copos e objetos trazidos por eles. Do seu lado direito, fica a geladeira para guarda de alimentos dos funcionários e, do lado esquerdo, a pia para lavagem das mãos e de utensílios domésticos.

Na copa, cada plantão tem seus próprios utensílios e ingredientes para o preparo do café, bebida que não pode faltar naquele ambiente. Esses são guardados em um armário afixado na parede do lado esquerdo, sobre a pia e algumas cadeiras. Do lado direito além da geladeira temos cadeiras e, na parede, um mural onde são expostos avisos da administração, comunicados de reuniões, informativos dos Órgãos de Classe, relatórios da Ouvidoria do hospital, quando os usuários deixam relatos de agradecimentos ou críticas pela assistência que receberam da equipe.

¹⁰ Este termo é empregado no cálculo para dimensionamento de pessoal de enfermagem e diz respeito a quantidade de tempo que o paciente irá requerer da equipe de acordo com sua complexidade.

¹¹ O desgaste físico e emocional dos profissionais, bem como outros aspectos relacionados serão melhor discutidos adiante, no capítulo 6.

Foi neste pequeno espaço que realizei grande parte de minhas observações participantes e pude, aos poucos, ir interagindo e conquistando a confiança de cada um dos atores que atuam naquele grande palco.

Nos próximos capítulos, quando apresentarei as categorias temáticas resultantes da análise cultural, retomarei ao tema da copa e darei mais explicações a seu respeito, enfatizando aspectos de seu funcionamento, funções e significados.



CAPÍTULO IV

**Ritos de Iniciação e de Passagem: estágios da
trajetória profissional**

Nos dias em que estive na Enfermaria Cirúrgica, minha interação com os atores sociais foi em muito guiada pela empatia que se estabelecia entre nós e, também, por aspectos de nossas histórias de vida.

Havia um ponto crucial que nos ligava: nossa condição de profissional de saúde. Diante desse aspecto tão previsível de nossas relações dispus-me a conhecer um pouco mais de suas histórias de vida, principalmente, no que diz respeito às suas trajetórias profissionais.

Tomadas de forma geral, pude observar a existência de alguns momentos de transição na vida profissional dos atores sociais. Essas situações se pronunciaram como *passagens* que esses atores sociais realizam em suas trajetórias profissionais, como se estivessem perseguindo (ou não) determinados estágios de suas carreiras como trabalhadores em saúde.

Esses *Ritos de Passagem* ficaram evidentes em diversos momentos. O primeiro deles foi durante a festa de despedida de uma técnica de enfermagem que, após ter concluído a graduação em Enfermagem (atualmente há, nos plantões manhã e tarde, uma média de seis técnicos de enfermagem que são enfermeiros), estava demitindo-se do HU para assumir a função de enfermeira em outra instituição. Naquela situação social, em que todos se reuniram, foram realizados discursos pelos colegas de trabalho e a “nova enfermeira”, ouvia, atentamente, cada palavra, cada conselho, cada ensinamento, reafirmava os laços que construiu com todos durante seu período de trabalho e, diante de tanta emoção, seus olhos não seguravam as lágrimas que os inundavam.

A saída da “nova enfermeira” do HU representava muito mais que a busca por uma melhor oportunidade de emprego. Tratava-se de uma importante e difícil transição de papéis sociais. Nas palavras de um enfermeiro, que passou por situação semelhante, era *um ato de coragem por estar pedindo demissão de um serviço público para seguir sua carreira profissional* (Nota de Campo). A enfermeira diretora da enfermaria reafirmou as palavras do enfermeiro e disse que deveria *voar, conquistar seu espaço, porque tinha estudado para isso* (Nota de Campo).

A partir desse momento convenci-me de que essas transições eram *Ritos de Passagem* que esses atores sociais viviam. Van Gennep (89) explica que a vida individual é constituída de uma sucessão de etapas (nascimento, puberdade, casamento, paternidade/maternidade, progressão de

classe, especialização de ocupação, morte) e a cada um desses conjuntos acham-se relacionados cerimônias cujo objeto é idêntico e os meios para atingi-los são análogos em sua estrutura mais ampla.

Podemos observar, nesse contexto, que além das cerimônias oficiais que acompanham esse rito de passagem na vida profissional, como por exemplo, a colação de grau, o baile de formatura e os cultos ecumênicos, há as cerimônias internas e particulares, restritas ao ambiente organizacional da Instituição. Nestas, que não acontece sempre, o sentido real de suas realizações é demonstrada na confraternização entre os colegas de trabalho (eles arrecadam dinheiro entre todos, planejam a compra dos alimentos e bebidas, marcam horários, organizam a sala de reuniões, encarregam-se de convidar os outros e, por fim, fazem a surpresa ao neófito) e no reconhecimento de sua nova condição.

Para passar de um nível a outro é preciso satisfazer certas condições que estão assentadas em bases econômicas ou intelectuais (89). No caso do rito vivenciado pelos atores sociais de nossa pesquisa, essas condições são, principalmente, intelectuais e envolvem fazer cursos técnicos-profissionalizantes, concluir a faculdade, ser aprovado em processos seletivos e concursos da empresa e, para os já contratados em outras legislações trabalhistas, ser promovido na mesma Instituição.

“Eu me formei em Teresina, vim para o Rio de Janeiro e depois para a Unicamp porque meu irmão fazia mestrado aqui, em Matemática. Fiz o concurso para auxiliar de enfermagem. Passei. Comecei a trabalhar em 1985 e quando foi em 1987 eu fiz vestibular para Serviço Social. Estudei durante quatro anos na PUCCAMP. Depois fiz concurso interno no HU, porque trabalhava no hospital da mulher. Vim para o HU em 1997 para assumir como assistente social”.
(Assistente Social)

“Eu iniciei aqui no HU como atendente de enfermagem. Quatro anos depois, eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem. Realizei o curso técnico. Prestei o concurso interno, passei para técnico de enfermagem isso foi em 1990! Concluí a faculdade e fui promovido a enfermeiro aqui na Instituição. Esta é, mais ou menos, a história do tempo que estou aqui”. (Enfermeiro)

Van Gennep (89) afirma que, quando há incompatibilidade entre um ponto e outro, a passagem não pode ser feita sem um estágio intermediário. Este autor, juntamente com Turner (11), explicam que os ritos de passagem podem ser organizados em três fases:

- 1) *Separação ou preliminares*: abrange o comportamento simbólico que significa o afastamento do indivíduo ou de um grupo, quer de um ponto fixo anterior na estrutura social, quer de um conjunto de condições culturais (um “estado”¹²), ou ainda de ambos;
- 2) *Período “limiar” ou intermediário*: as características do sujeito ritual (o “transitante”) são ambíguas; passa através de um domínio cultural que têm poucos, ou quase nenhum, dos atributos do passado ou do estado futuro;
- 3) *Reagregação, reincorporação ou período pós-liminar*: consuma-se a passagem. O sujeito ritual, seja ele individual ou coletivo, permanece em um estado relativamente estável mais uma vez, e, em virtude disto, têm direitos e obrigações perante os outros de tipo claramente definido e “estrutural”, esperando-se que se comporte de acordo com certas normas costumeiras e padrões éticos, que vinculam os incumbidos de uma posição social, em um sistema de tais posições.

No cenário cultural estudado, a interpretação desses ritos pode ser ampliada por meio da análise cultural do que aqui chamarei de *Ritos de Iniciação*. Esses compreendem o período de admissão de novos funcionários na Enfermaria, muitos deles vivenciando, também, o rito de passagem entre categorias profissionais ou mesmo entre posições sociais dentro de uma classe. Cabe destacar que esses ritos de iniciação foram observados e são muito evidentes entre os profissionais de enfermagem em contexto hospitalar, devido à estratificação e à hierarquização das funções.

A iniciação no HU, como já pôde ser observada, faz-se inicialmente por meio da aprovação em concursos e processos seletivos. O passo seguinte, a espera pela convocação, pode durar algum tempo e, segundo alguns atores sociais, pode passar até dois anos (tempo que habitualmente vigoram os editais). Penso que essa fase represente, baseando-se em Van Gennep

¹² Turner (11) explica este termo como sendo “um conceito mais amplo do que ‘status’ ou ‘função’, e refere-se a qualquer tipo de condição estável ou recorrente, culturalmente reconhecida”.

(89) e Turner (11), o período preliminar ou de separação vivenciado pelos sujeitos rituais, já que, a partir do momento em que são aprovados, desvinculam-se de um estado anterior, geralmente de desempregado ou de aspirante a um cargo público¹³, para assumir uma posição, ainda indefinida e incerta, na qual têm suas capacidades intelectuais reconhecidas (por ter sido aprovado no concurso/processo seletivo) e seus desejos renovados.

Após convocação pelo Serviço de Recursos Humanos da empresa contratante (Unicamp ou FUNCAMP), os profissionais passam pelo período de integralização no qual, supervisionados por uma enfermeira do Serviço de Educação Continuada do HU, lhes são apresentadas a área física; a forma como vestir-se; os padrões de comportamento adotados; os conteúdos documentais; informações a respeito da organização. Passam por um “estágio”, que dura não mais que uma semana, em alguma das enfermarias do HU (é comum, na Enfermaria de Emergência Clínica, haver grupos de iniciantes acompanhados pelas enfermeiras da Educação Continuada), até que, finalmente, são encaminhados à enfermaria onde, de fato, trabalharão.

As descrições acima situam-se, ainda, no período de separação ou preliminar, pois significa um resultado inicial da seleção. Nesse ponto do rito eles recebem essa distinção em relação aos demais que continuam a esperar sua vez e passam a colocar-se como “transitantes”.

O que pretendo destacar nessa situação social é o período intermediário ou liminar vivenciado pelos transitantes a partir do momento em que são recebidos em suas enfermarias de destino, para realizarem o *período de experiência* que tem duração de três meses. O conceito de liminaridade foi bastante trabalhado por Turner (11), Van Gennep (89), DaMatta (90) e Douglas (91), para citar alguns.

Um dos atributos da liminaridade é seu caráter necessariamente ambíguo, uma vez que esta condição e estas pessoas furtam-se ou escapam à rede de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições em um espaço cultural (11). O atributo liminar torna-se evidente no período de experiência dos transitantes já que se encontra em um ambiente

¹³ É válido salientar que, mesmo trabalhando em uma instituição estatal, nem todos os profissionais que aí atuam são estatutários. Muitos deles são contratados, por tempo indeterminado, pela FUNCAMP. Existe entre eles esta distinção: funcionários UNICAMP e funcionários FUNCAMP. Esta distinção é marcada por certos direitos trabalhistas que lhes concedem *status* diferenciados, pela diferença salarial e, notadamente, pelo desejo de ser “UNICAMP” por parte dos que atualmente são “FUNCAMP”.

(o hospital) extremamente classificatório, hierarquizado, normatizado, disciplinado e que tem como característica a fragmentação e a especialização do processo de trabalho nele desenvolvido.

As entidades liminares, explica Turner (11), não se situam aqui nem lá; estão no meio e entre as posições atribuídas e ordenadas pela lei, pelos costumes, convenções e cerimonial. Podem ser representadas como se nada possuíssem. Devem, implicitamente, obedecer aos instrutores e aceitar punições arbitrárias, sem queixas. É como se fossem reduzidas ou oprimidas até uma condição uniforme, para serem modeladas de novo e dotadas de outros poderes, para se capacitarem a enfrentar sua nova situação de vida.

O período liminar ou de experiência tem início com a chegada do iniciante no seu novo local de trabalho. Nessa ocasião, munido de um documento emitido pelo Serviço de Recursos Humanos, apresenta-se ao enfermeiro de plantão ou, atualmente, ao enfermeiro apoiador. Realizados os trâmites necessários para sua estadia na enfermaria, o iniciante conhece a unidade de trabalho, é apresentado à equipe com quem irá trabalhar e é designado seu “instrutor”. O instrutor, geralmente, é um enfermeiro que será responsável pela introdução do iniciante no processo de trabalho, acompanhando-o durante a realização de algumas tarefas e torna-se, por assim dizer, uma referência para o novato.

No entanto, a função de instrutor não é fixada a um único enfermeiro, trata-se de uma função dividida, compartilhada e um exercício de co-responsabilidade entre eles, embora haja, em algum grau, uma relação semelhante à do aprendiz e seu mestre.

Tal caráter fluido da função de instrutor sinaliza, em alguns casos, como fator de desestabilização dessa relação e conseqüente disparador de insegurança e desconforto para o iniciante. Aqui podemos observar um conflito que eu diria ser de “gerações”, pois, como afirmam os atores sociais, é conflito entre enfermeiros “velhos” e enfermeiros “novos”.

“Eu observo que, às vezes, o enfermeiro mais velho tentam te amedrontar! Porque eles têm tempo na casa e, em alguns casos, eles são Unicamp! Então eles têm um tipo de segurança maior. Mas, ao mesmo tempo, eu sempre falo para eles: ‘Você já foi igual a ele também!’ Às vezes vemos um enfermeiro novo pegar uma emergência e depois um enfermeiro velho falar: ‘Ah, essa enfermeira nova não fez nada!’ É lógico que ela não vai fazer nada mesmo! [ênfase] Ela vai ficar travada! Porque ela não sabe, não adianta! A teoria não bate com a prática!

Tem esse bloqueio aí! Às vezes temos que ficar lembrando que eles também já foram alunos!”(Enfermeira)

Além disso, há também uma rara, mas existente, dificuldade de encontrar um instrutor. Esse problema era mais comum antes do surgimento do cargo de enfermeira apoiadora. Atualmente, esta última responsabiliza-se por esse processo de iniciação e os demais profissionais apenas compartilham, mas com a mesma responsabilidade e importância de antes.

“Cheguei aqui e já fui procurando a enfermeira apoiadora: ‘Quem é a enfermeira apoiadora?’ ‘Ela está de férias! Quem é você?’ Falei: ‘Ah, sou técnica de enfermagem, funcionária nova. Estou começando hoje!’ A recepção não foi calorosa! Depois eu conheci o Cláudio e a Helena [técnicos de enfermagem], eles me deram muita força, me ensinaram muita coisa, eles foram bem legais. Passei na experiência e estou aqui! Faz um ano e seis meses!”
(Técnica de Enfermagem)

Como podemos observar na fala desta funcionária, embora exista uma relação oficial, instituída e reconhecida no grupo cultural, há também, e talvez com maior grau de consistência e até mesmo de eficácia, uma rede de relações informais que se constroem no interior do grupo, principalmente entre profissionais da mesma categoria (técnico de enfermagem/técnico de enfermagem, enfermeiro/enfermeiro), e que passam a figurar como complementares à relação do iniciante com seu instrutor.

Muitas dessas relações informais são engendradas na copa interna da enfermaria, durante os quinze minutos de descanso que lhes são de direito e também nos quartos dos pacientes e postos de enfermagem enquanto realizam procedimentos técnicos diversos. São nessas relações que os transitantes aprendem, atentamente, sobre os aspectos mais informais (além dos formais, é claro!) da cultura organizacional da enfermaria. São nessas “aulas”¹⁴, que aprendem quais são as características (positivas e negativas) dos colegas de trabalho, as práticas comuns naquele ambiente (rituais como as visitas médicas, as passagens de plantão, as confraternizações etc.). Nessas interações são também perpetuados mitos e histórias que envolvem a organizações e seus atores. Em tal contexto, apresenta-se ao recém-chegado os tabus e os assuntos proibidos, os valores emergentes do grupo e a conhecida diferença entre “o que se fala e o que se faz”, além de

¹⁴ Quase sempre práticas, porque muitos desses profissionais pensam que a teoria e a prática são antagônicas e que nem sempre uma relaciona-se com a outra de forma coerente.

desenvolver habilidades para comunicar-se com a linguagem própria da cultura na qual se está ingressando. Através desses meios, renova-se, interpreta-se e manipula-se os significados de diversos atos simbólicos que permeiam o ambiente hospitalar.

Durante esses três meses de experiência, o iniciante já figura como um “quase membro da equipe”. Tem seus direitos trabalhistas reconhecidos e desfruta de todos os benefícios oferecidos pela Instituição. Já no que diz respeito ao plano simbólico dessa relação, a realidade não é bem esta. Esse estado de “quase membro da equipe” o coloca, como explicou Turner (11), em uma situação vulnerável na qual ainda precisa conquistar, sobretudo, a confiança de seus colegas de trabalho.

Na copa a situação ambígua do ingressante é evidente. Não é dado ao iniciante, pelo menos a princípio, dependendo de suas características pessoais e da rede de contatos que possua (pois há casos do iniciante possuir amigos na equipe e isso facilita o processo de iniciação no grupo), o direito pleno de participar das interações sociais ali dentro, já que não se sabe até que ponto ele é de confiança para ouvir determinados assuntos que, em sua maioria, dizem respeito à intimidade dos atores sociais. O mesmo ocorre com pessoas estranhas em geral, estagiários, alguns residentes de medicina que não estabelecem um vínculo mais profundo com os demais membros da equipe, ou mesmo com enfermeiros antigos e até mesmo comigo, nos primeiros dias em que estive no campo.

“Depois que passou minha experiência eu vou à copa. Porque eu estou mais tranquila. Já me adaptei melhor. Porque antes, no começo, eu nem chegava muito lá. Foi tanto que emagreci! Nem tinha fome! Sabe? Eu queria fazer todas as coisas e quase não ia lá! Só para tomar água e olhe lá! Então, nem fome eu sentia. Agora não. Eu já sinto fome! Vou lá para fazer meu lanchinho e como as pessoas estão lá, já aproveito e converso... Um fala uma coisa, outro fala outra... E, como diz, colocamos os assuntos em dia...” (Enfermeira)

“O que conversamos na copa depende da pessoa que está lá! Você entra um dia estão falando sobre um assunto, daí você entra e começa a conversar sobre o assunto. Conversamos sobre tudo: sobre comida, sobre trabalho, sobre emprego, sobre remuneração, sobre o dia-a-dia da enfermagem, a rotina aqui dos pacientes, são alguns exemplos. Mas os assuntos são diversos”. (Fisioterapeuta)

Além dessa “interdição” nas relações e em alguns espaços da enfermaria, o iniciante, geralmente, assume algumas posturas no novo ambiente marcadas principalmente pela humildade, no sentido de portar-se com um grau de reverência, respeito e cordialidade com os profissionais veteranos. Há também uma ausência de *status* no grupo por seu papel social e por suas funções ainda serem indefinidas.

Essas evidências se pronunciam, notadamente, nas relações que envolvem delegação de atividades. Em proporção considerável os novos técnicos de enfermagem, por exemplo, não se vêem na condição de recusar o pedido de outro técnico de enfermagem para realizar determinados procedimentos que sejam rotineiros e pouco valorizados, por não exigirem, de quem os executa, uma desenvoltura cognitiva maior. O mesmo pode ser percebido na relação do enfermeiro novato com o técnico de enfermagem veterano. É comum este último não reconhecer ou não confiar plenamente nas “ordens” do enfermeiro novato, principalmente se ele não tem experiência profissional ou se está tendo dificuldade de estabelecer uma relação empática com o grupo. Esta situação é disparadora de conflitos na equipe e tende a povoar a experiência do iniciante com ansiedade e instabilidade emocional. Tal situação é ainda mais comum entre os enfermeiros.

“Eu não tinha nenhuma experiência de trabalho. Eu sofri, um pouquinho, do preconceito pelo fato de não ter experiência. Os outros enfermeiros têm anos de profissão. Não foi fácil! Tive que assumir uma postura mais firme para lidar com os técnicos, sobre o serviço. Porque aqui, como são pacientes graves, há certas coisas que tem de ser feitas. Então você tem que ficar em cima para saber se eles fizeram tudo direitinho... Você entra lá e não fizeram. Por isso você tem que ficar em cima. Na profissão de enfermagem, o relacionamento interpessoal é muito difícil...” (Enfermeira)

Ainda nesse período liminar, vivenciado pelos novos funcionários, há a distinção entre os enfermeiros que eram técnicos de enfermagem e aqueles que não fizeram o curso técnico. Os técnicos de enfermagem que estão realizando a *passagem* para enfermeiros experimentam nesse período a consumação de sua transição. Para alguns atores sociais com quem dialoguei essa passagem já deve ter início no primeiro dia de aula na faculdade ou, quiçá, desde o momento em que é tomada a decisão de cursar a graduação em Enfermagem. Para esses indivíduos, essa

atitude é fundamental por permitir ao transitante vivenciar o ingresso na futura profissão com menos dificuldades iniciais.

Discute-se inclusive que a *passagem* pode ser mais bem sucedida se é feita, extra-oficialmente, no cotidiano do transitante ainda na condição de técnico de enfermagem. Isso significaria necessariamente: demonstrar interesse pelos casos clínicos assistidos na enfermaria; participar de discussões, reuniões, debates, eventos científicos da área; assumir uma postura diferenciada diante dos técnicos de enfermagem que não estão cursando a graduação; passar, gradativamente, a conquistar seu espaço na equipe, tornando-se uma pessoa de referência; delinear seu perfil de líder, incorporando características como respeito, capacidade de controle, seriedade, firmeza nas palavras e colocações, etc.

“A minha passagem de técnico para enfermeiro foi uma grande preocupação! Porque tenho visto histórias, até mesmo na Unicamp, que muitos técnicos, às vezes, não conseguem assumir a nova função ou ficam até mesmo perdidos... Não sei se é discriminação ou se é falha... Viram aqueles técnicos melhorados. Você vê uns enfermeiros que não correspondem às necessidades da instituição ou, se correspondem, não é no nível desejado. Essa era uma preocupação muito grande.” (Enfermeiro)

“É uma mudança muito grande passar de técnica para enfermeira. Todo mundo fala que é fácil para quem era técnico, mas não é! A visão é outra. Porque quando você é técnica qualquer coisa o responsável é o enfermeiro. Qualquer dúvida ou dificuldade, você tem o enfermeiro para recorrer. Eu passei a ser o enfermeiro! A responsabilidade é minha! Então é bem diferente! A impressão que eu tive é como se estivesse começando do zero! Então é bem difícil! A visão é outra! É complicado! Você tem que começar, mesmo, do zero!” (Enfermeira)

A iniciação também é acompanhada de uma série de vivências próprias dos primeiros contatos com a enfermaria. São reações que envolvem tanto os aspectos físicos quanto os emocionais dos neófitos: chegar à enfermaria com medo devido à “fama”¹⁵; não ter apetite,

¹⁵ Esta “fama” é citada pelos atores sociais e tem a ver com as características dos pacientes que são atendidos na enfermaria, o que a deixa com um processo de trabalho extenuante, tanto física quanto emocionalmente, e que em muito se assemelha ao trabalho em Unidade de Terapia Intensiva.

vomitando ou ficar nauseados por causa das feridas, secreções e excrementos humanos visto na enfermaria; emagrecer nos primeiros meses; “querer sair correndo” por, inicialmente, achar terrível a vivência direta com a dor, o sofrimento e a morte; envolver-se ao ver pacientes morrendo e seus familiares sofrendo; sentir-se preocupado e “nervoso”; “deprimir-se” ao ver a situação dos pacientes e familiares; e, diante disso, buscar suporte espiritual.

“Na primeira semana aqui, só vomitava! Não comia nada! Queria sair correndo! Porque nunca tinha estado em um ambiente hospitalar! Tudo que eu via, eu vomitava. Hoje não! Já me adaptei à correria da enfermaria!” (Técnica Administrativa)

“Eu tive que aprender a conviver com os dois lados: a vida e a morte! Eu vejo crianças nascerem e vejo morte! [silêncio] Vejo as pessoas morrerem! Quando eu entrei aqui não aceitava essa idéia! Ficava deprimida em ver um rapazinho de 18 ou 20 anos ir embora, ou ficar sem uma perna, sem um braço ou então que não fosse mais andar... Com o passar do tempo, não que tenha me acostumado à idéia, mas passei a aceitar melhor! Eu encaro isso hoje, não como castigo, como sofrimento, mas sim como uma lição! Uma lição que, muitas vezes, é de vida!” (Técnica de Enfermagem)

Passado esse período de liminaridade chega, finalmente, o momento final da passagem, a avaliação do iniciante por um grupo de enfermeiros, sendo um deles a enfermeira apoiadora. Antes dessa avaliação final e coletiva há outras duas avaliações feitas apenas pela enfermeira apoiadora. Nessa ocasião é tomada a decisão, definitiva, a respeito da situação do novato. Caso ele não tenha atingido os critérios de avaliação ou padrões de comportamento e capacidades técnicas e relacionais exigidos, pode ser encaminhado de volta ao Serviço de Recursos Humanos e até mesmo ser demitido.

No *dia de avaliação* os novatos ficam ansiosos, mesmo nos casos em que sua aprovação já é óbvia. Chega a hora em que a enfermeira apoiadora convoca os enfermeiros que estão de plantão (geralmente é feita uma espécie de assembléia informal na qual cada um deles dá a sua opinião e sugestões, nem sempre ocorre no mesmo dia da avaliação, mas sempre é circunscrita ao plantão no qual o novato foi introduzido) e o sujeito ritual que será avaliado para alguma sala na enfermaria (pode ser a sala da supervisão de enfermagem ou a sala de reuniões) e procede-se a análise.

Nesses rituais eu não estive presente. Acompanhei sempre os instantes que o antecedia e participava (passivamente) das “assembléias informais” para discutir as opiniões. O momento da avaliação do período de experiência do transitante foi crucial para o entendimento de tais processos.

Houve casos em que, mesmo depois da avaliação, o indivíduo continuava sob atenção e supervisão. Este fato ocorria, principalmente, quando o neófito não havia obtido um êxito pleno no período liminar.

A avaliação do iniciante torna evidente alguns atributos das entidades liminares discutidos por Turner (11). Entre eles cabe destacar a sacralidade da transitória humildade e a ausência de modelo que tomam a dianteira e modera o orgulho do indivíduo. Nessas circunstâncias o iniciante submete-se a uma autoridade que nada mais é senão da comunidade total que, por sua vez, é depositária da gama completa dos valores da cultura, normas, atitudes, sentimentos e relações.

A fala dos veteranos não é apenas comunicação, mas deve ser entendida como poder e sabedoria com capacidade normativa. A sabedoria transmitida na liminaridade não consiste somente em um aglomerado de palavras e sentenças; tem valor ontológico, remodela o ser do neófito, como relatado pela iniciante em um dos trechos acima. O neófito na liminaridade deve ser uma *tabula rasa*, uma lousa em branco, na qual se inscreve o conhecimento e a sabedoria do grupo, nos aspectos pertinentes ao novo *status* (11).

Na organização hospitalar, essa fala também é depositária de uma carga histórica e, sobretudo, incumbida de disciplinar o novo integrante às normas, regras e classificações ali existentes. Essa passagem simbólica representa, também, a aquisição dos elementos básicos necessários às interações sociais, que dali em diante serão engendradas pelo novo membro da equipe. Ser aprovado significaria, por outro lado, estar enquadrado, ter construído o novo personagem, elencar os itens que irá compor a nova “fachada pessoal”, como mostra Goffman (7). Este autor define a fachada pessoal como sendo os constituintes do equipamento expressivo, aqueles que de modo mais íntimo identificamos com o próprio ator social, investido da dignidade do seu cargo e função. Naturalmente esperamos que esse equipamento o siga aonde quer que vá: distintivos da função ou da categoria, sexo, idade e características raciais, altura e aparência, atitude, padrões de linguagem, expressões faciais, gestos corporais e coisas semelhantes (7).

Essas fachadas são selecionadas e não criadas, elas tendem a se tornar institucionalizadas em termos das expectativas estereotipadas, abstratas às quais dá lugar e tende a receber um sentido e uma estabilidade à parte das tarefas específicas que no momento são realizadas em seu nome. A fachada torna-se uma “representação coletiva” e um fato, por direito próprio (7). Essa institucionalização é bem presente no hospital, em que cada função, cada cargo, cada profissional já tem seu papel, seus atributos previamente estabelecidos, restando-lhes pouco a acrescentar.

Os nossos dados mostram que frente a uma realidade enrijecida, artificial e estruturada, as respostas dos atores sociais podem ser agrupadas em três grupos: (1) *adaptações ao ambiente/função*: adequar-se às regras, normas e rotinas, estar sempre em prontidão e disponível, dosar o jeito de ser e as características pessoais que não se adequem ao ambiente/função, manter-se sério a maior parte do tempo; (2) *despersonalização*: controlar o temperamento emocional, ser mais compreensivo, dócil, passivo e imparcial, mudar o caráter quando se é uma pessoa “difícil”, ser obediente e cordial; (3) *estratégias de defesa do Ego*: buscar suporte espiritual, elaborar mecanismos para lidar com a dor, o sofrimento e a morte, revezar entre o papel de profissional (fora da copa) e o de “pessoas normais” (na copa) e realizar ajustes no seu jeito de ser e de relacionar com colegas de trabalho.

“Eu sou extrovertida! E às vezes sou mal interpretada. Eu acho que extrapolo às vezes! Acho que deveria dar uma diminuidinha! Estou tentando mudar, mas não consigo! Eu sou assim! É de família! Às vezes tenho um momento sério e já estou brincando [risos]! Não sei se isso é bom para uma enfermeira! Tenho um amigo que, para mim, é o exemplo de um enfermeiro certinho! Porque ele brinca, mas tem hora que ‘fecha a cara’ e é super sério! E eu não consigo ser assim, entendeu? Eu gostaria de fazer isso, mas não consigo! Eu acho que não vou mudar! Vou morrer assim! Não tem jeito! É meu!” (Enfermeira)

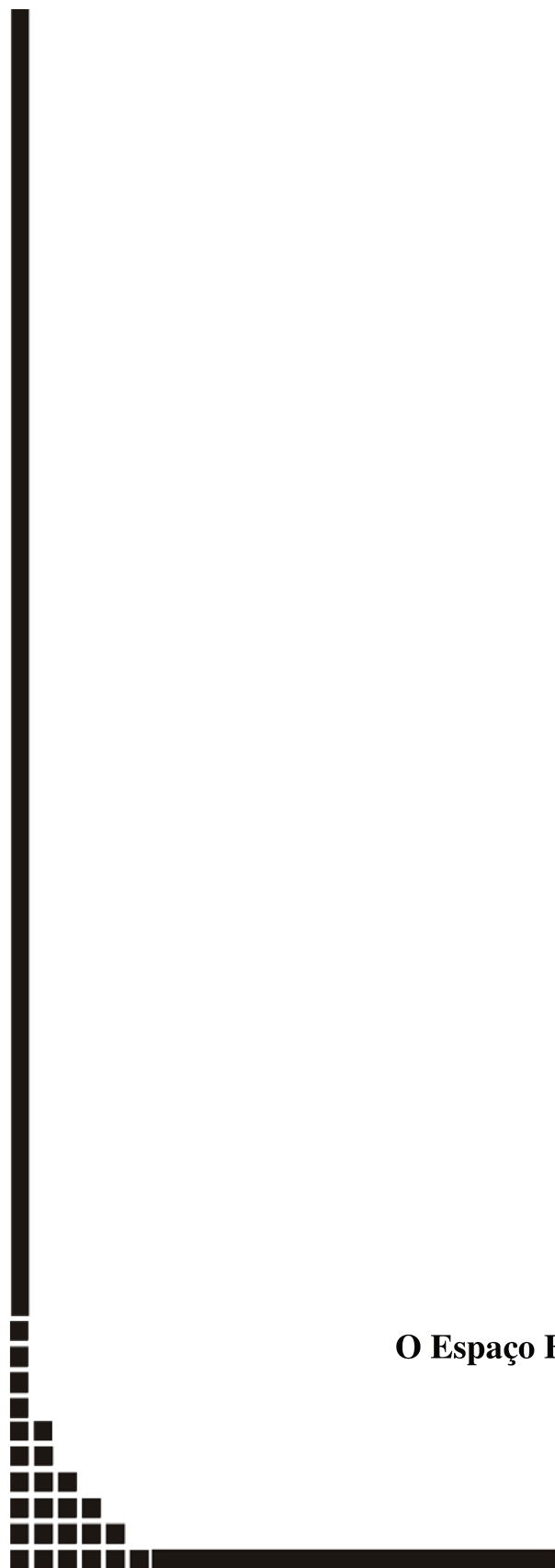
“É preciso algumas mudanças para adequação no meio de trabalho. Não mudando caráter nem nada, mas mudando assim: sendo funcional e empregável nesse local de trabalho. Esse é o tipo de mudança! Aqui eu tenho que ter uma regra, que estar bem, que manter uma postura ética, uma postura sempre boa. Entendo postura ética como sendo: respeitar as pessoas, ser educado, sempre, independente de quem seja e fazer com que as pessoas respeitem também. E é manter-se imparcial e ético. Agora, na hora do almoço vou estudar, vou andar à toa, vou escutar a música que eu quero escutar, faço o que tenho vontade de

fazer, dentro da ética da sociedade! E aqui dentro eu tento me policiar.”
(Técnico Administrativo)

“Diante de todas as coisas ruins que vejo aqui procuro ficar um pouco neutro. Você não pode entrar de cabeça, porque se não você fica louco! Tem que fingir que não está vendo nada. Digo isso em questão do sofrimento das pessoas. Você cuida direitinho, procura fazer o máximo, o melhor que você pode fazer! Mas você não consegue! Você não agüenta! Aqui é um lugar onde, se a pessoa trabalhar aqui dez anos e ele for participar do sofrimento do doente, ativamente, fica louco, pira!” (Técnico de Enfermagem)

Finalizados os ritos de iniciação e de passagem os novos integrantes da equipe são reconhecidos como tal e os dias seguintes são tecidos na perspectiva de que estamos sempre nos preparando. O trabalho em saúde é dinâmico, singular e representa uma experiência única para cada qual. Sendo assim, para seus “operários” é um constante vislumbamento de novas situações, de novos casos, de uma diversidade de pessoas e que, mesmo permeados por dor, sofrimento e morte, cada pedaço desse grande vitral inacabado, em construção, guarda o encanto de formas, tons e sensações que escapam à capacidade humana de retratá-la em segunda ou terceira mãos.

No capítulo 5 serão apresentadas e discutidas algumas considerações sobre o espaço físico da copa interna da Enfermaria Cirúrgica.



CAPÍTULO V

**O Espaço Físico da Copa: liminaridade, *communitas*
e antiestrutura**

A experiência de adentrar no espaço físico da copa interna da Enfermaria Cirúrgica e da Enfermaria de Emergência Clínica (como dito antes, é apenas uma copa para os dois setores) foi, a princípio, ameaçadora. Tive resistência àquele ambiente, o considerei impróprio para minha presença na posição de pesquisador. Era um campo que poderia propiciar algo de desestruturante ou mesmo um desconforto. A primeira sensação foi de sair de lá o quanto antes e evitar, na medida do possível, freqüentar tal recinto.

Esta é uma declaração contraditória para quem passou meses interessado nesse espaço da Enfermaria. Penso que nesse primeiro momento meu olhar sobre a copa era um olhar formatado nos padrões de uma formação encoberta sob o falso manto de uma assepsia emocional, possuidora de qualidades morais, apresentação pessoal venerável, abdicação do corpo e da subjetividade. Entrar em um espaço como a copa, e sentir-se bem nele, era negar alguns desses traços tão presentes na formação profissional de muitos agentes de saúde.

A copa compreende uma área física de, aproximadamente, três metros de comprimento por dois metros de largura. Situada próximo à “fronteira” das duas enfermarias, ficando de frente para dois quartos de pacientes (449 e 451). Em seu pequeno átrio encontram-se disposto alguns móveis (geladeira, mesa, algumas cadeiras, armários) e eletrodomésticos, além da pia para preparo de alimentos e bebidas e lavagem das mãos e utensílios. Alguns profissionais com maior tempo de trabalho no hospital acompanharam, não só o desenvolvimento do hospital e da universidade, mas a própria história da copa na Instituição.

“Na Santa Casa já existia a copa e era a melhor que havia. Existiam duas copas, como hoje: uma copa dos pacientes e a nossa copa. Só que lá a copa dos funcionários era junto com a copa dos pacientes. Era muito humanizada a relação! Agora, para a Unicamp, isso depois gerava um custo e quando chegou aqui a primeira coisa que foi feita no HU, com a ampliação, foi separar isso. Inclusive existem normas que não pode levar nem comer sobras dos pacientes... Não é para ter sobras... Tudo passou a ser calculado pela nutricionista para não ter sobras... A experiência da Santa Casa aonde tudo era mais humano, aonde as pessoas usavam até mesmo alimentação da própria Instituição, outros setores se agregavam ali e etc. Agora aqui tem todo esse distanciamento, esse controle, que também faz parte da profissão.” (Enfermeiro)

Atualmente a copa funciona por iniciativa própria dos funcionários. A Instituição oferece o espaço físico e os móveis, a organização, porém os alimentos e as bebidas (principalmente o café) são de responsabilidade dos seus frequentadores. Cada plantão tem seu espaço no armário e algumas pessoas possuem a chave desses compartimentos. Nesse espaço eles guardam os ingredientes necessários para o preparo do café, os utensílios domésticos de que fazem uso (talheres, jarras, aquecedores de água, coadores, papéis para filtrar o café etc.), os “produtos” (bolachas, pães, manteigas, doces) que são trocados ou doados entre os colegas da mesma enfermaria e também pelos membros de outras equipes que, por serem amigos de todos, frequentam a copa sem nenhuma interdição¹⁶.

A copa é um dos espaços mais frequentados da enfermaria, tanto pelos profissionais como pelos estudantes que transitam por lá. No caso específico desses últimos, o acesso à copa é livre. Trata-se de um espaço público e que todos podem desfrutar de sua estrutura física. No entanto, o componente simbólico e mágico que envolve os seus atores diários nem sempre é percebido e sentido pelos transeuntes temporários. Assim como há interdições aos funcionários novatos, outros indivíduos (estudantes e visitantes) não conseguem, em idas esporádicas, abstrair o significado de estar ali. O real significado simbólico da copa é um privilégio dos autores e atores daquela realidade social.

Esse fato ocorre em decorrência da existência de regras, normas e funções (estrutura) no contexto da copa, embora sejam diferentes e se contraponham à estrutura mais ampla do espaço hospitalar. Nesse sentido, mesmo dentro da copa alguns elementos exteriores do contexto da enfermaria em geral se fazem presentes, como: algumas hierarquias, distinções entre classes profissionais, interdições para estudantes e pacientes, entre outras. Mais esclarecimentos a esse respeito serão dados no decorrer do texto.

Além disso, é válido salientar que os profissionais médicos (residentes) possuem um quarto na enfermaria destinado para o seu repouso porque eles fazem plantão de 12 horas. Por

¹⁶ Esta situação que, geralmente, não é frequente, ocorre entre os profissionais das enfermarias estudadas e uma funcionária, muito especial, da enfermaria de psiquiatria. Ela tem o direito e o livre acesso à copa no plantão da tarde, participa das confraternizações e das “cotas” para prover os ingredientes de alguns lanches. Além dela, pelo menos no plantão da tarde, ninguém mais tem esse “privilégio” que só é dado aos íntimos.

isso, a ida à copa por esses atores sociais limita-se, em grande parte, ao ato de lanchar e nesse período conversar.

Considerada um dos pontos centrais das enfermarias, a copa tem seu funcionamento próprio e, de certa forma, independente da rotina das enfermarias, embora nelas esteja engajada. Oficialmente cada funcionário tem o direito de estar na copa por 15 minutos durante um plantão de seis horas. É o tempo que lhes são conferidos para descanso. Uma pequena fração de tempo, mas que os atores sociais têm a incrível capacidade de amplificá-la em uma dimensão de tempo que escapa à cronologia marcada pelos ponteiros do relógio.

São nesses momentos, que irei chamar de narrativos por não estarem submetidos à demarcação numérica do tempo, que o funcionamento da copa, em cada plantão, tem início juntamente com as atividades do processo de trabalho. Cada grupo de trabalho tem um ou dois membros responsáveis pelo preparo do café, na maioria das vezes são aqueles cujo sabor do café agrada a todos. Realizadas as atividades iniciais do plantão, o anfitrião ou anfitriã dirige-se à copa, reúne os ingredientes e prepara a primeira garrafa de café e, durante o decorrer do plantão, várias outras são preparadas.

Esta é uma das funções primordiais na copa, pois o café é o desencadeador de situações sociais, é o motivo concreto (não-simbólico) que os fazem reunirem-se. Durante o seu preparo, o cheiro da bebida espalha-se nas enfermarias convidando-os e incitando-os para o encontro. Eis aí um ponto importante: o café não deve ser apenas saboroso, ele deve ter a propriedade de atrair os seus consumidores e essas características são sentidas e experimentadas por todos e através delas reconhece-se quem o produziu. Nem todos os frequentadores da copa podem preparar o café¹⁷, e quando outros o fazem a diferença é percebida imediatamente.

Penso que nesse ato de fazer o café, algo que pode aparentar como vazio de significados e importância, os vínculos da equipe são reafirmados, rediscutidos, reinterpretados. É como se a energia de quem o prepara fosse passada aos demais no ato de compartilhar que, em última instância, é vivenciado na copa.

¹⁷ Para ilustrar essa situação citarei o caso do plantão da tarde. Neste plantão há um grupo de pessoas responsáveis pelo preparo do café, são eles hierarquicamente: um enfermeiro, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e outra enfermeira. Eles são “escalados” de acordo com a presença ou ausência do seu antecessor no plantão, de maneira que nunca falta quem o prepare.

“Eu gosto de café, sim! Mas eu gosto daquele cheiro, daquele momento, daquele calor ali, daquela energia! Entendeu? Então quando buscamos a copa é para essa troca! Isso acontece entre a equipe e a copa. Isso aqui é importante!”
(Enfermeiro)

“Atualmente mudou um pouco o significado da copa para mim, porque não estou bebendo mais café! [risos] Porque ia lá tomar um cafezinho e ficava mais tempo. Mas como estou com gastrite, cortei o café. Até evito ficar entrando muito porque fico com vontade de tomar café. Adoro café! Então entro lá para beber água e comer alguma coisa e quando tem alguém acabo conversando sobre assuntos gerais.” (Fisioterapeuta)

Enquanto o café é preparado, alguns já vão tomando suas pequenas doses apenas para despertar, dar o “estímulo” para a realização das atividades. O início do plantão é sempre cheio de afazeres: os enfermeiros recebem e separam as medicações das próximas horas, visitam os pacientes, observam seus planos de cuidados; os técnicos de enfermagem revezam-se entre os banhos dos pacientes e demais procedimentos, outro fica responsável pelo provimento de alguns materiais que devem ser buscados na Central de Material e Esterilização; os residentes passam suas visitas acompanhados dos docentes e estudantes ou, no horário da tarde, implementam as condutas acordadas no período da manhã; o fisioterapeuta se divide entre os pacientes mais graves das Enfermarias de Cirurgia, de Emergência Clínica e de Transplante de Medula Óssea; os técnicos administrativos solicitam e recebem materiais e equipamentos; as assistentes sociais realizam as entrevistas socioeconômicas, buscam recursos para os usuários que recebem alta hospitalar; os familiares e amigos começam a chegar no intuito de visitarem seus ente-queridos e, algumas vezes, há também o pessoal da Capelania do hospital realizando visitas aos pacientes.

Passadas as primeiras duas ou três horas do plantão, depende de como se encontra a situação nas enfermarias, e depois de administradas as medicações das 10 horas (manhã) e 16 horas (tarde), tem início *o horário de pico* na copa. Esse horário de pico dura, em média, uma hora devido aos revezamentos que os atores sociais realizam e os motivos para ir à copa são os mais diversos.

“Vou à copa primeiramente para tomar um cafezinho. Mas o grande valor da copa é esse momento de você respirar um pouco, desabafar, sabe? Você desacelerar o coração. Você fica nessa correria aí, fica louco, Lucas! Aí você chega lá, senta, toma um [respirou profundo em alusão a um fôlego], conta até

10, até 20, depois você anima de novo e vai... É onde você recupera a energia!”
(Técnico de Enfermagem)

“Vou à copa porque, no meu ponto de vista, lá é o nosso ponto de encontro! Porque a enfermaria é dividida em duas partes: a enfermaria cirúrgica e a emergência clínica. Então às vezes eu estou lá na cirúrgica e eu não vejo um colega que está aqui na emergência. Aí dá quatro horas [16 horas], quatro e quinze, que é a hora que costumamos ir à copa e lá eu encontro aquele que não vi durante o plantão! Sentamos, conversamos, perguntamos como foi o dia, como está a enfermaria, como estão os pacientes. Trocamos mais idéias, mais assuntos, conversamos coisas que no corredor não dá para parar e conversar, porque não dá tempo!” (Técnica de Enfermagem)

O significado atribuído ao ritual coletivo de ir à copa é bastante diversificado. Para os atores sociais a copa é lugar para (1) realizar a sociabilidade entre a equipe; (2) construir, interpretar e manipular a realidade social externa à copa; e (3) para compartilhar experiências.

A sociabilidade promovida no interior da copa além de englobar as funções mais atreladas ao lazer como: conversar, contar piadas, brincar, sorrir, descontrair, sentar, desacelerar, relaxar, descansar, conhecer melhor o colega de trabalho, ficar à vontade, fazer refeições e lanches, ter momentos de alegria; faz-se, principalmente, por meio da possibilidade de desvincular-se da postura profissional em função de uma postura mais humana e próxima do que se é fora do hospital.

Esse último fato emerge dentre os demais com um papel fundamental na medida em que é o desencadeador das demais atividades de sociabilidade vivenciadas na copa. É como se fosse improvável estar na copa, sentir e fazer o que dizem, estando distante de uma postura mais flexível, que lhes ofereça a possibilidade de simbolizar, de criar, de colocar-se em um espaço que contraria a estrutura e a classificação próprias do ambiente hospitalar.

Com isso, a copa adquire os atributos de um espaço liminar no sentido de permitir aos ali presentes viver o que Van Gennep (89) chamou de estado de margem, na liminaridade. Trata-se daquela situação em que a pessoa acha-se assim, material e mágico-religiosamente, durante um tempo mais ou menos longo em uma situação especial, uma vez que flutua entre dois mundos, o que no caso da copa seria entre dois ou mais papéis sociais.

Para Turner (11-92), Douglas (91), Van Gennep (89) e Leach (93) a liminaridade é especial porque engendra uma ambigüidade classificatória. Tal idéia faz sentido para o contexto estudado por tratar-se de um ambiente fortemente hierarquizado, estruturado e disciplinado, como explicado anteriormente. Para esses autores, os estado liminares caracterizam-se pelos seguintes fatores:

- 1) *pela evasão da estrutura jurídico-política cotidiana, das classificações cognitivas fundadas na lógica do isso ou aquilo, uma coisa ou outra*: na copa o indivíduo pode ser, ao mesmo tempo e sem deixar de ser um e outro, um misto que envolve o papel de profissional e os diversos papéis sociais que exerce na sociedade mais ampla. Dessa forma, lhe é facultada a possibilidade de transitar entre pontos diversos;
- 2) *pela associação com a morte para o mundo, como descrito nas sociedades tribais estudadas, principalmente, por Turner*: passar pela porta da copa significa deixar do lado externo o seu lado profissional. Na copa não há profissionais, há colegas de trabalho – na maioria das vezes;
- 3) *pela impureza, pois os noviços transgridem e transcendem as fronteiras classificatórias*: a copa, na visão de alguns, é um espaço transgressor de normas, é um palco de excessos e extravagâncias e, conseqüentemente, perigoso, que pode lhe envolver em situações benéficas e prejudiciais, despertar o cuidado dos supervisores, além de “atrapalhar” o andamento do serviço;
- 4) *pelo uso de línguas secretas, estranhas e/ou especiais*: a linguagem é a habilidade cognitiva que domina o ambiente da copa. Nele todos conversam, falam, simbolizam, se expressam. Os assuntos fogem ao escopo do que lhe é permitido em espaços mais públicos como os quartos, corredores e postos de enfermagem. Trata-se de um conteúdo privado, íntimo que não pertence ao ambiente impessoal e árido da organização hospitalar;
- 5) *pela invisibilidade social plena, com a perda de nomes, insígnias, roupas*: simbolicamente, todos os atributos que distinguem categorias e grupos na ordem social estruturada ficam, na copa, temporariamente suspensos. Pensa-se que não há

posições, nomes, títulos, embora haja, neste mesmo espaço, os elementos básicos (informações) para a elaboração de controles fora da copa;

- 6) *pela associação com seres bi ou transexuais, como os andróginos, ou com animais que estão na interseção de duas classes e sinalizam estados negativos ou abomináveis*: estamos falando de um espaço que propicia a emergência da sexualidade dos indivíduos aí presentes. A sexualidade do cuidador tem sido, historicamente, suprimida, seu corpo desfigurado, seu sexo negado – somos seres assexuados enquanto cuidamos. A copa favorece essa re-ligação, oferece terreno para assumir seu estado de ser portador de uma sexualidade que interage, influencia, interfere e, querendo ou não, se expressa na corporeidade, nos gestos, nas expressões, nas linguagens.

DaMatta (90) afirma que no entendimento de Turner (11) e no dos outros mestres esse processo é, essencialmente, uma forte e singular (para não dizer anômala) coletivização, marcada pelo contato com o que Turner (11), usando uma expressão de Martin Buber, chama de “*nós essencial*”, uma das dimensões mais importantes na constituição de um estado “antiestrutural”, um estado destituído de individualidade e compartimentalização.

DaMatta (90) critica a postura assumida por Turner ao afirmar que, no caso do Brasil, uma sociedade na qual valores hierárquicos são importantes no cotidiano, a produção da liminaridade carnavalesca (tema trabalhado por este autor) abre um espaço dentro do qual as pessoas podem sair de um universo marcado pela gradação e pela hierarquia, para experimentar a individualização, por meio de um conjunto de escolhas pessoais, bem como pela competição. Nesse sentido, a liminaridade carnavalesca brasileira promoveria uma experiência com um “*eu essencial*” e não com um “*nós essencial*”, como acentuava Turner.

No caso específico do espaço liminar da copa, a concepção de Turner (11) faz sentido. Isso porque, o contexto hospitalar apresenta-se como um sistema social classificatório e o conceito de liminaridade, defendidos por Victor Turner, Mary Douglas e Edmund Leach, é tido como algo invariavelmente paradoxal, ambíguo e, no limite, perigoso e negativo; isto é, como um estado ou processo que desafia um sistema de classificação legalisticamente concebido como fixo, indiscutível e construído por categorias isoladas. Segundo DaMatta (90), para esses

antropólogos, o ambíguo é todo objeto, ser ou instituição situado simultaneamente em dois campos semânticos mutuamente excludente.

No entanto, considero que no espaço em estudo, seus freqüentadores realizam os dois processos descritos anteriormente: o “*eu essencial*” e o “*nós essencial*”. E o fazem da seguinte forma: os atores sociais estudados realizam os dois movimentos simbólicos, porém fazem inicialmente o que DaMatta (90) chamou de “*eu essencial*”. O trabalho em saúde no ambiente hospitalar tende a massificar determinados padrões de comportamentos (como descrito em capítulos anteriores) entre seus funcionários no afã de homogeneizar os processos de trabalhos, as formas de pensamento, as atitudes, as aparências e tanto mais. É uma característica própria das instituições que Goffman (18) chamou de Instituições Totais: a despersonalização ou mortificação do “eu” em função de uma coletivização e planificação dos indivíduos.

Diante desse fato, que não é só presente para o corpo de funcionários da organização, mas também entre os usuários internos desses serviços, o ato de passar pela porta da copa e penetrar seu recinto permite ao sujeito social um movimento simbólico de reencontro com seu “eu” fragmentado. Esse “*eu essencial*”, defendido por DaMatta (90), diz respeito à experiência fundamental da individualidade que é “estar fora-do-mundo e, portanto, livre de obrigações sociais imperativas e rotineiras” comum nas sociedades ocidentais em que há uma institucionalização do indivíduo como valor englobante. Esse processo pode ser mais bem observado nos trechos que seguem.

“A maioria das pessoas que eu vejo lá se libertam! Libertam-se do lado profissional e vira moleque faz o que quer. É como se estivesse em casa! Você se sente em casa, fica a vontade. Fala bobagem mesmo, dá risadas! E, como diz, mudam totalmente a postura...” (Técnico de Enfermagem)

“Na copa é outra postura! Não é a mesma de quando você está atendendo o paciente. Dentro do quarto tem que ser mais séria, tem que ter uma postura da enfermeira, da cuidadora. Dentro da copa você já pode ser mais você... Lá nós podemos nos mostrar um pouco mais, ser mais verdadeiros! Se fossemos comparar a enfermaria com um teatro, os profissionais seriam atores, os pacientes e os familiares seria a platéia, os corredores e os quartos seriam os palcos e a copa seria os bastidores! Já comparando essa copa com a nossa casa, talvez a copa fosse o banheiro! [risos] Porque na nossa casa, eu acho que o local onde somos mais verdadeiros conosco é no banheiro! Às vezes, no

banheiro, choramos sozinha, cantamos alto... Coisas que você não tem coragem de fazer na frente da sua família [risos]. Na sala, por exemplo. É um local onde você até se mostra mais para você.” (Enfermeira)

Quando atingem o “*eu essencial*” os atores sociais mobilizam-se para o que Turner (11) chama de *communitas*, um modelo de correlacionamento humano, justaposto e alternante com o sistema estrutural, que é o processo de coletivização ou o “*nós essencial*”. A situação de *communitas* é considerada não-estruturada ou rudimentarmente estruturada e relativamente indiferenciada. Um estado desprovido de individualidade e fragmentação, fortemente marcado pelo vínculo de comunhão entre os indivíduos iguais.

A partir do momento em que esse estado de *communitas* e, conseqüentemente, de antiestrutura se evidencia, o “*nós essencial*” passa a constituir o húmus social necessário para a construção do que considere de mecanismos de resistência, de controle e de poder que são articulados, manipulados e interpretados no interior da copa e, também, o compartilhar de experiências ligadas, sobretudo, à condição de trabalhador em saúde.

No entanto, é fundamental lembrar que embora esses estados de *communitas* e antiestrutura sejam vivenciados no espaço físico da copa, tal situação guarda certo grau de superficialidade. Podemos considerar que a *communitas* e a antiestrutura evidenciadas na copa é *parcial*, se a tomarmos em um nível de análise mais profundo. Esse fato pode ser evidenciado, por exemplo, pela existência de mitos de interdições à pacientes e estudantes que, embora não sejam tácitos, tornam o acesso à copa “privilégio” de alguns, conforme relatei no início deste capítulo.

Além disso, há também nesse espaço determinados padrões de comportamentos que devem ser observados para uma estadia desejada naquele ambiente. A existência de tais padrões nos leva à afirmação de que, mesmo no estado de *communitas* e antiestrutura, há uma estrutura (flexível em relação à estrutura do ambiente hospitalar mais amplo) que orienta o agir, o pensar e o sentir no interior de tal espaço liminar. Sua condição de *communitas* e antiestrutura é verdadeira e radical quando comparada à estrutura organizacional, mas parcial e flexível quando se trata do próprio espaço físico em questão.

Cabe dizer que, para além desse estado de coletivização, a existência de um espaço antiestrutural no interior de uma instituição como a hospitalar, sinaliza para a necessidade dos

indivíduos aí inseridos de possuírem um lugar, fora do tempo e do espaço típicos do hospital, para simbolizarem, criarem, inventarem e para relacionar-se com o outro. Além de construir mecanismos que permitam ou facilitem sua permanência em uma instituição que, semelhante às indústrias, tendem a separar, isolar, erguer fronteiras, fragmentar processos, intervir no “eu” do indivíduo de diversas formas submetendo-o a um organizado esquema disciplinar.

O significado da copa é diverso e abrange a multiplicidade de individualidades e coletividades que nela transitam. Nesse aspecto ela reafirmar-se como essencial para a continuidade e a qualidade do processo de trabalho que culmina na produção de bens concretos e simbólicos para os indivíduos aí assistidos (cura, por exemplo), e para os que lá estudam e trabalham. A existência de um espaço liminar, que permite a emergência e a oxigenação do *mundo vivo* das relações sociais, aponta para a necessidade de satisfazer a busca humana pelo outro e por si mesmo em um mundo burocrático marcado pelo desencantamento.

As interações sociais ocorridas na copa ainda permitem o manejo da convivência com o colega de trabalho. Lá existe esse sentido de coletividade e de ausência de individualidade, mas, ao mesmo tempo, serve como “banco de dados”, objetivos e subjetivos, na medida em que fomenta a compreensão das relações que se dão fora dela. Com as informações partilhadas em seus horários de pico, por exemplo, a informação circula em todos os sentidos de forma intencional e, às vezes, endereçada, permitindo conhecer o outro naquilo que mais se aproxima de sua essência e assim negociar, no cotidiano, as relações de convivialidade. Por isso, as interações sociais na copa não são ingênuas nem se prestam só para o desabafo, pelo contrário, o que ocorre na copa ganha vida fora dela, busca-se na copa, também, a informação que lhes falta além de seus limites físicos.

“A copa é o lugar que serve para tudo. Lá é um desabafo, é um lugar onde você conversa com os amigos, põe as coisas para fora, pega força com os colegas para continuar, desabafa nas tristezas, nas angústias, nos descontentamentos do trabalho, nas dificuldades de casa ou com algum problema de saúde, financeiro, alguma coisa. É um lugar que usamos para desabafar mesmo! E é, também, o lugar aonde julgamos: julgamos as ações que foram feitas, quando alguém maltrata, quando alguém faz algo que não estamos de acordo, é aonde começa o comentário de tudo. Ou mesmo um paciente que nos maltrata, que está meio rebelde... É aonde comentamos tudo, para que os próximos colegas que chegarem perto das pessoas citadas, já chegarem com mais jeito e saberem

como é a situação. Se você sabe que está dando problemas, então você tem que chegar diferente.” (Técnico de Enfermagem)

“A copa é importante porque, lá, você conhece mais as pessoas, o que elas acham, o que elas falam, quem faltou, quem deu atestado e a personalidade de cada um. É um momento social! E, como enfermeiro, não deixamos de analisar as pessoas, nunca. Às vezes, em um discurso, ou em um descuidado, sobre o que fez no final de semana e comportamentos com amigos, você começa a imaginar como a pessoa pode ser profissionalmente e como seu amigo. Então é um momento de análise que está embutido no líder! Não dá para negar que há isso. Não que você use tudo isso diretamente durante o trabalho, mas são informações que você capta. É um local que você tem para tirar informações do que está acontecendo. O que pode melhorar ali dentro da Unidade? É um momento especial e de muita importância, nesse aspecto. E a copa é o ponto que usamos muito para isso, consciente ou inconscientemente.” (Enfermeiro)

Por figurar como um espaço liminar, que favorece o estado de *communitas* e de antiestrutura entre os seus freqüentadores, a copa desponta para os supervisores, gerentes e, talvez, diretores como um motivo de constante preocupação por representar uma perturbação da norma, uma fuga ou esconderijo, como fala alguns informantes. Turner (11) pergunta-se por que em quase toda parte se atribuem às situações e papéis liminares propriedades mágico-religiosas (que, no nosso caso, essas propriedades referem-se à possibilidade de serem contrárias aos modelos, rotinas, por deixar as pessoas distantes dos “olhos” disciplinadores etc.), ou por que tão freqüentemente estas são consideradas perigosas, de mau agouro, ou contaminadoras para as pessoas, os objetos, os acontecimentos e relações que não foram ritualmente incorporadas ao contexto liminar.

Na opinião de Turner (11) e de Douglas (91), em resumo, o que ocorre é que na perspectiva daqueles aos quais incumbe a manutenção da “estrutura”, todas as manifestações continuadas da *communitas* devem aparecer como perigosas e anárquicas, e precisam ser rodeadas por prescrições, proibições e condições. É como se aquilo que não pode, com clareza, ser classificado segundo os critérios tradicionais de classificação, ou se situe entre fronteiras classificatórias, quase em toda parte, é considerado “contaminador” e “perigoso”.

Baseado nessas afirmativas pode-se observar uma tensão entre a estrutura própria da instituição hospitalar e o ambiente de *communitas* e antiestrutura vivenciado na copa. Essa tensão

dá origem, geralmente, à proibições diversas, à vigilância dos frequentadores, à sanções leves para quem exagera na maneira de utilizar a copa, entre tantas outras questões. Acompanhe as palavras dos informantes a seguir.

“Uma situação desagradável que me marcou muito foi quando o pessoal quis proibir que a dupla de técnicos que estivesse trabalhando fossem juntos à copa. Eu acho que quando eles quiseram proibir isso, quer dizer: é proibido, até hoje, mas ninguém respeita, mas eu achei um absurdo quando eles fizeram isso! Eles quiseram tirar isso de nós!” [silêncio] (Técnica de Enfermagem)

“A copa tem os pontos positivos e os pontos negativos. Os positivos é que você acaba interagindo mais com a equipe e, querendo ou não, você interagindo com a equipe o ambiente fica melhor de se trabalhar! Só que, na copa, você tem que ter o seu momento e saber até onde dá para continuar ali ou não. Dependendo do assunto, se é fofoca ou alguma coisa assim, eu já me retiro. Não me importo com as brincadeiras, com essas coisas eu me mantenho lá. Às vezes aprendemos lá também sobre assuntos dos pacientes, patologias. Só que tem partes negativas. Tem hora que se você não souber viver lá, você se prejudica dentro da copa.” (Técnica de Enfermagem)

Devido essas preocupações há (ou havia), segundo alguns profissionais que fazem parte da diretoria da enfermaria, um projeto em discussão para modificar a estrutura física da copa, deixando uma copa para cada quadrante (um conjunto de quatro enfermarias diferentes). No entanto, enquanto estive em campo não ouvi comentários que pudessem indicar uma proximidade disso acontecer. Quando indagados a esse respeito, as opiniões dos informantes se dividiram.

“Seria mais corrido. Não teria um espaço para você parar e sair um pouquinho da correria. Acho que ficaria complicado e eu não desejo que isso aconteça. Falam que a ANVISA [Agência Nacional de Vigilância Sanitária] não permite que um espaço da enfermaria tenha comida. Eu não duvido que um dia isso termine e a alternativa será descer até a lanchonete... Descer correndo, comer e voltar.” (Fisioterapeuta)

“Eu seria totalmente contra! Totalmente contra! Eu acho que, tudo bem, tem gente que abusa! Eu acho que não é bem por aí, acho que não é desativando, acho que deve ser feito uma educação do uso correto dessa copa! Para as pessoas terem bom-senso, porque uns têm e outros não! Acho que o enfermeiro tem que policiar isso. Ir lá chamar! Se estiver calmo, pode ficar. Mas se o

plantão estiver corrido, vem! Então eu acho que não pode desativar! A copa tem que existir! Porque, pensa bem, onde que vamos desabafar? Onde vamos bater papo? O local que temos para nos reunir é a copa. A copa é o point da enfermaria para nós!” (Enfermeira)

Para dar continuidade a essa discussão, cabe destacar algumas considerações sobre o significado de manter a porta da copa sempre fechada, enquanto há pessoas lá dentro. Trata-se de um aspecto importante do funcionamento daquele espaço que, de uma maneira mais profunda, relaciona-se com a manutenção e veiculação de uma impressão ou papel social dentro do contexto da enfermaria.

O ato simbólico de atravessar a porta significa, no contexto estudado, ultrapassar o limite entre o mundo externo (que corresponde ao mundo estruturado do hospital) e o mundo liminar da copa. Assim, atravessar a soleira significa ingressar em um ambiente novo, diferente, limiar, como explicou Van Gennep (89).

Essa separação entre “mundos” também pode ser interpretada como a ruptura, na qual a porta seria o limite e/ou a fronteira, entre o ambiente estressante, o trabalho extenuante, a proximidade com a dor e a finitude do outro, enfim, entre o palco e os bastidores. O local no qual podem liberar-se das exigências de seus papéis profissionais, terem momentos de descontração e alegria, interagir com os colegas de trabalho e amigos (para eles há uma diferença entre essas duas categorias) e vivenciarem a experiência da liminaridade descrita anteriormente.

O cuidado em manter a porta fechada refere-se, primeiramente, ao fato de ser uma *communitas* relativa, conforme explicado anteriormente; e ao meticuloso trabalho, que requer esforço e destreza dos atores sociais, de manter a impressão que eles veiculam fora dali, principalmente, para seus pacientes e os acompanhantes, mas também para eles mesmos, no sentido de não afetarem a eficácia de suas representações (práticas profissionais), como explicou Lévi-Strauss (33), diante da platéia. Mas, antes de discutir a eficácia simbólica de suas práticas profissionais, considero pertinente entender melhor essa veiculação de impressão por meio da obra do sociólogo canadense Erving Goffman.

Goffman (7) desenvolveu sua teoria da Dramaturgia Social¹⁸, partindo de uma perspectiva sociológica, na qual seria possível estudar a vida social, principalmente aquela que é organizada dentro dos limites físicos de um prédio, de uma fábrica ou de qualquer estabelecimento social concreto – categoria na qual o hospital pode ser inscrito – empregando a abordagem dramaturgica.

Foi fundamentado nessa teoria que utilizei o conceito de representação, que consiste em toda atividade de um indivíduo que se passa em um período caracterizado por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre estes alguma influência (7). Dessa forma, os profissionais que atuam na Enfermaria Cirúrgica desenvolvem suas práticas profissionais (representações) voltadas para um grupo específico (pacientes, acompanhantes e colegas de trabalho) e estabelece com ele uma relação dialética de influências e essas representações não são dadas ao acaso e nem são vazias de significados, elas ressaltam os valores oficiais comuns da sociedade, ou instituição, em que se processa.

Com isso não se pretende afirmar que toda a realidade social e cultural constitua um palco, mas, adverte Goffman (7), não é fácil especificar os aspectos essenciais em que não é. Aqui cabe citar uma passagem do Robert E. Park (94), no sentido de justificar esse aspecto dramaturgico no que concerne à própria origem da palavra pessoa.

Não é provavelmente um mero acidente histórico que a palavra ‘pessoa’, em sua acepção primeira, queira dizer máscara. Mas, antes, o reconhecimento do fato de que todo homem está sempre e em todo lugar, mais ou menos conscientemente, representando um papel... São nesses papéis que nos conhecemos a nós mesmos. Em certo sentido, e na medida em que esta máscara representa a concepção que formamos de nós mesmos – o papel que nos esforçamos por chegar a viver – esta máscara é o nosso mais verdadeiro eu, aquilo que gostaríamos de ser. Ao final a concepção que temos de nosso papel torna-se uma segunda natureza e parte integral de nossa personalidade. Entramos no mundo como indivíduos, adquirimos um caráter e nos tornamos pessoas (94).

Dentre tantos temas e conceitos abordados por Goffman (7), quero destacar nesse contexto o conceito de idealização que se refere às manobras realizadas na representação, na

¹⁸ A obra de Goffman inscreve-se na corrente teórica do Interacionismo Simbólico inaugurada por George Mead. Esta escola sociológica teve significativas influências da obra Robert Park e Talcott Parsons, este último é autor da Teoria dos Papéis Sociais que guarda alguma relação com a Dramaturgia Goffmaniana.

fachada¹⁹ pessoal, no cenário, nas impressões, aparências e em tudo o mais que for necessário para o ator apresentar, de forma bem sucedida e ideal, o tipo de cena que seus observadores, e ele próprio, requerem.

Tal conceito pode ser evidenciado no cotidiano dos profissionais de saúde participantes do estudo, na medida em que estes se esforçam para manter as cenas sociais, nas quais atuam, ideais. Para tanto, além das manobras elencadas por Goffman (7), é lançado mão de um recurso coletivo – a copa e sua porta fechada.

Há entre os atores sociais, do cenário do estudo, um empenho no sentido de expressar as fachadas pessoais que caracterizam cada categoria profissional. De uma forma geral, envolvem a veiculação da aparência de que possuem a esforçada intenção em estar participando de uma atividade de trabalho formal e que evocam valores como: comprometimento e responsabilidade, disponibilidade para servir o outro, dedicação ao trabalho, submissão, silêncio, dentre outras. Expressando esses valores, estaria gerando uma impressão de qualidade na assistência prestada, competência técnica e teórica, excelente integração entre os membros da equipe e, também, a imagem de um grupo coeso, comprometido e com um funcionamento harmônico.

Nesse sentido, vêem-se na função paralela de impedir que essa fachada seja atingida e que venha a suscitar dúvidas na “platéia” (pacientes e familiares, principalmente) sobre o desempenho²⁰ de suas dramatizações. Esse controle é importante, pois, como lembra Goffman (7), devemos estar capacitados para compreender que a impressão de realidade criada por uma representação é uma coisa delicada, frágil, que pode ser quebrada por minúsculos contratempos.

¹⁹ A fachada corresponde à parte do desempenho do indivíduo que funciona regularmente de forma geral e fixa com o fim de definir a situação para os que observam a representação. É o equipamento expressivo de tipo padronizado intencional ou inconscientemente empregado pelo indivíduo durante a representação. Ela envolve o *cenário* que a parte fixa e física da fachada, compreende a mobília, a decoração, a disposição física e outros elementos de pano de fundo que vão constituir o cenário e os suportes do palco para o desenrolar da ação humana executada diante, dentro ou acima dele. Já a *fachada pessoal* refere-se aos outros itens de equipamento expressivo, aqueles que de modo mais íntimo identificamos como o próprio ator, e que naturalmente esperamos que o sigam onde quer que vá: distintivos da função ou da categoria, vestuário, sexo, idade e características étnicas, altura e aparência, atitude, padrões de linguagem, expressões faciais, gestos corporais e coisas semelhantes (7).

²⁰ Desempenho pode ser definido como toda atividade de um determinado participante, em dada ocasião, que sirva para influenciar, de algum modo, qualquer um dos outros participantes (7).

Por isso, espera-se que haja uma burocratização do espírito, a fim de que possamos inspirar a confiança de executar uma representação perfeitamente homogênea a todo tempo.

O recurso que a manutenção da porta da copa fechada simboliza nesse dilema é fundamental, já que o possível elemento ocasionador do caos e da descrença no papel social e na impressão de realidade criada e representada por eles é o confronto (para a platéia, notadamente, e para eles próprios) entre um contexto estrutural e um espaço de antiestrutura. A coerência se perderia nesse embate, no momento em que os padrões de decoro²¹, defendido pela instituição e incorporado por eles em suas representações, não estariam em vigor em um ambiente onde o sistema social estruturado da organização é desmontado e seus elementos ressignificados.

Diante disso, é possível articular as contribuições de Lévi-Strauss (33) quando este estudou a eficácia simbólica do feiticeiro e de sua magia, contribuição já discutida no capítulo 1. Sendo assim, o fato de um indivíduo da platéia assistir às situações sociais engendradas no interior da copa (espaço de antiestrutura) poderia levá-lo a um estado de descrença na efetividade da prática, no conhecimento e na credibilidade do profissional envolvido no seu processo de cura. Como igualmente seria incompatível com o contexto vivenciado, geralmente, pelos familiares e amigos dos pacientes; um contexto de dor, sofrimento, compaixão e que às vezes culmina com o comprometimento ou perda da capacidade funcional ou mesmo com a morte do ente-querido.

“Eu acho que os pacientes e familiares percebem a copa negativamente! Para evitar que isso aconteça com nossa ida à copa, temos uma regra: entrou, fechou a porta! [risos] A porta sempre fica fechada porque lá dentro é aquela coisa dos bastidores. Ninguém pode ver! Porque eles iriam nos achar diferentes, com certeza!” (Enfermeira)

“Os pacientes e familiares sabem que é ali o nosso espacinho. A porta fica sempre fechada porque têm quartos na frente da copa, tem paciente que está em jejum e se ficarmos comendo com a porta aberta é chato para eles! Então em respeito ao paciente, fechamos a porta! E também porque lá dentro, não deixamos de ser uma equipe, mas ali somos pessoas normais e aqui fora somos profissionais! Mas assim, acho que é por privacidade nossa mesmo! Preferimos

²¹ Entende-se por decoro o modo como o ator se comporta enquanto está no alcance visual ou auditivo da platéia, mas não necessariamente empenhado em conversar com ela. Goffman (7) enumera alguns elementos que constituem os padrões de decoro nas instituições sociais: trabalho simulado, ritmo, interesse pessoal, economia, precisão, maneiras de vestir, níveis de barulho permitido, diversões proibidas, concessões, expressões cordiais, etc.

ficar com a porta fechada. E isso não atrapalharia tanto na impressão que eles têm de nós porque sabemos separar bem: ser profissional aqui fora e estar revesando!” (Técnico de Enfermagem)

“Fora da copa você tem que respeitar os pacientes, os familiares, tem que ser mais discreto! Temos de procurar ser um pouco mais sério, para não perder a credibilidade profissional. Penso que isso afete nossa imagem como profissionais porque os pacientes não nos conhecem, não sabem da nossa qualidade como profissional. Então acho que você deve procurar passar uma confiança, uma credibilidade, uma seriedade naquilo que você está fazendo. Porque se você tem comportamento diferente disso, as pessoas confiam menos também. Acho que isso pode gerar uma desconfiança da competência de algumas pessoas que se comportam de forma diferente. (Fisioterapeuta)

Essas falas também nos remetem aos já citados mitos de interdição. Talvez, em um nível de análise mais profundo, possamos cogitar a possibilidade de que o cuidado em evitar a presença de pacientes na copa deve-se, também, ao fato de lá existir certos alimentos que são “proibidos” para alguns deles, como por exemplo, os diabéticos e os que estão em jejum. Estar na copa, para eles, poderia significar um conseqüente agravamento de sua condição clínica.

Além disso, outro aspecto é que se na copa é um ambiente para, dentre tantas outras coisas, desestressar da rotina de trabalho, a presença de pacientes e acompanhantes que vivenciam determinadas situações de dor e sofrimento, poderia trazer para um contexto de suposta “fuga” aquilo que queremos, pelo menos no momento em que se está na copa, manter-se distante.

Esse último mito de interdição faz sentido devido às características do processo de trabalho na Enfermaria, o perfil de pacientes atendidos, o fato de ser um hospital universitário e pelo próprio *ethos* dos profissionais de saúde. Com isso, a copa torna-se um espaço necessário, também, por permitir a construção de subjetividades ao promover interações sociais que possibilitam dar sentido, em uma intrincada relação dialética (12), à experiência do trabalho em saúde. Na medida em que os atores sociais dialogam sobre vários assuntos, distantes (às vezes) do que acontece no trabalho, conferem uma dimensão subjetiva a essas interações sociais.

A copa reproduz no interior do hospital, uma organização estrutural e disciplinadora, muito daquilo que não podem vivenciar no mundo externo ao ambiente de trabalho e do lar,

devido seus compromissos profissionais. O que mais me chamou atenção, no período em que compartilhei desse espaço, foi a capacidade dos sujeitos envolvidos (inclusive eu) para construir e vivenciar uma situação que em muito se aproxima à experiência do expectador de um filme, no cinema.

Ao assistir a um filme no cinema o corpo do espectador encontra-se geralmente entregue à poltrona, o silêncio é absoluto (ou espera-se que o seja), a escuridão e a estrutura espacial do ambiente o impelem ao mergulho na tela de luz (ou será de sombras?). Qualquer ruído ou visão fora da tela remete o espectador à existência da realidade externa que o desperta para a presença do cotidiano, comprometendo o estado psicológico necessário para a perfeita adesão ao mundo do filme. O espectador na verdade não “assiste” ao filme, ele o vivencia de uma maneira tão próxima do sonho e, em uma total intensidade, que não raro ele próprio se surpreende gritando, xingando, torcendo ou transpirando de emoção. O espectador desprende-se da poltrona, entra na tela e desfruta a vida emprestada pelo personagem e converte-se em protagonista do jogo simulado de eventos (95-96).

O contexto de liminaridade, *communitas* e antiestrutura construído e vivenciado na copa, libera o indivíduo à busca de estados que o remete a dimensões de realidades que se distanciam da tentativa de compreendê-los ou interpretá-los. Considero essa “situação cinema” (termo cunhado por Hugo Mauerhofer) a mais próxima, pelo menos por hora, da “situação copa”. Nesta última, o indivíduo consegue “reproduzir” sensações, circunstâncias e tudo o mais que se passa (ou passou) em realidades opostas e, às vezes, conflitantes à que, realmente, está inserido naquele momento. São nesses “desprendimentos de poltronas” que eles fazem e são o que, temporariamente, estão interditados de fazer ou, como vimos, não é conveniente fazer – um fato que se aproxima de uma das características de instituição total descritas por Goffman (18): a segregação entre mundo externo e o mundo da instituição.

“Nós saímos de casa para trabalhar e ficamos o dia inteiro fora. Você acaba conversando muito pouco em casa. Quanto tempo eu tenho para ficar dentro da minha casa? Eu chego às oito [20 horas] e vou jantar; dez horas, dez e meia [22 horas ou 22h30] eu estou dormindo! São duas horas e meia na minha casa de segunda a sexta-feira! Então onde é que você vai conversar? E não somos de ferro! Você acaba falando com os amigos aqui, desabafando, chorando, contando problemas, até pessoais! Tem sempre alguém com quem nos

identificamos e acabamos conversando. É bem isso, o que você não pode fazer fora daqui, você acaba conversando lá dentro.” (Enfermeira)

“A copa para mim, às vezes, eu acho que é além de um lugar para comer, é um lugar para um refúgio. Ele é incrível! Você entra, fecha a porta, parece que você saiu da enfermaria. Então você descansa um pouco a cabeça quando o plantão está complicado. Às vezes o plantão está corrido, você entra lá, fecha a porta... Você relaxa um pouco! Come alguma coisa, conversa com os outros funcionários presentes, às vezes não conversa, fica um tempo sem trabalhar, colocamos algumas coisas em dia. É um refúgio mesmo!” (Enfermeira)

Como pudemos observar, o espaço físico da copa é revestido de significados, simbologias, estratégias e, mesmo sendo também suscitadora de situações problemáticas, figura como um importante elemento na constituição da Enfermaria como um todo. Cabe aqui questionar até que ponto a existência desse espaço com as características que lhe são peculiares contribui, em um plano microanalítico, para a “oxigenação” das relações sociais entre os sujeitos envolvidos e, em uma perspectiva mais ampla, no processo de trabalho que, cotidianamente, toma forma e dá seus resultados naquele serviço?

Penso que seja relevante, para a própria Reforma Organizacional que o HU vivencia, o exame detalhado e desinteressado desses aspectos, uma vez que eles são, quiçá, partes constituintes de um sistema simbólico que, por não facilitar o sistema estrutural da organização, poderá em algum momento sofrer abalos provenientes de setores da instituição que não entenda o sistema simbólico em seus próprios termos e na voz de quem o confere organicidade e dinâmica.

No próximo capítulo apresentarei algumas considerações a respeito das características que marcam o processo de trabalho e o cotidiano dos profissionais de saúde do cenário em estudo e, principalmente, como percebem, sentem e vivem tudo isso.



CAPÍTULO VI

**Um misto de urgência, angústia e satisfação:
características marcantes do processo de trabalho**

No presente capítulo são abordados os diversos aspectos e nuances que permeiam o processo de trabalho dos profissionais de saúde do cenário cultural estudado. Como o título sugere, será discutida a relação entre a urgência dos cuidados desenvolvidos e, paralelamente, a angústia e a satisfação geradas pelo trabalho desses atores sociais. Para iniciarmos a discussão considero pertinente rever alguns conceitos.

A palavra Trabalho, de uma forma mais genérica, pode designar o processo de obtenção e transformação da matéria natural em objeto de cultura pelo homem, uma vez que se considera trabalho todo o ato que envolve desde a apropriação de materiais, tais como esses se apresentam na natureza até sua transformação e utilização pelo homem.

O trabalho, no atual contexto mundial, vem sofrendo transformações importantes, que tem exigido constantes mudanças na sua forma de organização. Inserido nessa realidade, o trabalho exercido no Brasil reproduz essas transformações (97).

Os processos de trabalho desenvolvidos nos hospitais tendem a reproduzir em seu microcosmo as características mais gerais e específicas do Modo de Produção Capitalista, fundamentados em uma lógica industrial que compreende elementos como consumo, produto, lucro, propriedade, capital, relações de produção e tantos outros. Nesse sentido, o processo de trabalho pode ser concebido, segundo Marx (98), como uma atividade na qual o trabalhador, orientado por uma finalidade, transforma um determinado objeto de trabalho em um produto final, utilizando meios e instrumentos (materiais, equipamentos, estrutura física, força de trabalho, saber), sob determinada organização social e cultural.

Essa maneira de organização do trabalho, explica Lunardi Filho e Leopardi (99), pode ser vista como uma forma que o próprio homem lançou mão para maximizar as potencialidades humanas, tornando mais produtivas suas forças, por fazer as pessoas trabalharem juntas, levando para uma tarefa comum suas capacidades e conhecimentos individuais.

Além disso, no caso específico da enfermaria estudada, o processo de trabalho é fortemente influenciado pelo pensamento próprio do modelo biomédico. Nele o médico é o centro do saber e o único, técnica e cientificamente, capaz (de maneira velada) de tomar decisões sobre o tratamento; há uma preferência por tratamentos que se apoiem em alta tecnologia (o que é próprio de serviços de saúde de nível terciário), em detrimento de outras maneiras de tratar

menos invasivas; as oportunidades de ensino-aprendizagem médicas são sobrepostas às reais necessidades, condições clínicas e preferências do cliente/família; o “trabalho em equipe” é, em certo nível, verticalizado, pois o médico assume o posto mais alto; os outros profissionais da equipe, os clientes e familiares, legitimam o saber médico e o seu poder de decisão; os aspectos psicológicos, socioculturais, econômicos, estéticos tendem a ser desconsiderados nos processos de cura em detrimento da supervalorização dos parâmetros mais objetivos e mensuráveis; e, por fim, há problemas relacionados ao funcionamento da unidade por haver um número considerável de indivíduos em formação, entre eles os próprios médicos (Residentes) que, juntamente com os docentes, são responsáveis pela enfermaria.

É igualmente importante destacar algumas características do cenário cultural pesquisado no tocante ao perfil de usuários atendidos na enfermaria e ao tipo de tratamento dispensado pelos profissionais de saúde. De uma forma geral, a Enfermaria Cirúrgica é marcada pela alta complexidade clínica, pelo alto grau de especialização do trabalho aí desenvolvido, pela carga de estresse considerável, pelo número de pacientes graves e, conseqüentemente, pelo número significativo de situações de urgência e emergência. Além disso, segundo os atores sociais desse cenário, é uma enfermaria com certo nível de humanização da assistência, há um contato mais efetivo entre profissional-cliente-família, tem “espírito de equipe”, tem recursos materiais para o desenvolvimento do trabalho, a equipe é acolhedora e, principalmente, “é como se fosse uma família”.

Temos dito, no decorrer desse texto, que o ambiente hospitalar é altamente estruturado e hierarquizado. No que se refere ao processo de trabalho na enfermaria estudada, pode-se tomá-lo de uma maneira mais geral como repetitivo e, sobretudo, rotineiro, principalmente em decorrência de sua estruturação e fragmentação. Dia após dia esses profissionais desempenham as mesmas atividades que foram previamente estabelecidas e em horários semelhantes, guardados os aspectos que o torna sempre imprevisível (urgências e emergências). Esse tipo de organização do trabalho, geralmente, propicia uma anulação de subjetividades, da reflexividade e do potencial criativo dos profissionais nele inseridos, contribuindo para um estado de desumanização que compromete o próprio sujeito cuidador, o sujeito cuidado e todo o microcosmo da unidade hospitalar.

Somado a esse panorama, temos as insuficiências de recursos humanos, a escassez de curso de capacitação em serviço com metodologias participativas e que tratem dos problemas de maneira mais próxima do cotidiano dos profissionais.

A prática profissional desenvolvida nesses contextos é permeada por vivências e experiências geradoras de angústias e sentimentos diversos, de acordo com os informantes, tais como: impotência, incapacidade, sensação de estar carregando algo pesado, impressão de ter dedicado muito esforço inutilmente, sensação de estar sendo sugado emocional e espiritualmente, querer resolver os problemas de todos, dificuldades de diversas ordens (“você não agüenta o sofrimento do paciente”), não aceitação do que acontece com o paciente que cuidava (morte, por exemplo), não esquecer facilmente os óbitos, angústias por tentar adequar-se ao ambiente de trabalho e não conseguir, medo de não corresponder à confiança e ao respeito depositado pelos colegas, “travar”, sentir “adrenalina”, desespero e agonia na hora da emergência.

“É muito desgastante a profissão. É cansativa fisicamente, emocionalmente. Por isso que se você não tiver um suporte espiritual, realmente, pode ficar em depressão. O que tem de gente que toma antidepressivo... Você nem sabe! De monte! Isso é gravíssimo! O povo vai empurrando com a barriga! É complicado. Você pensa que está ‘zero bala’, mas está em poder do remédio!” (Enfermeira)

A literatura tem referido os significativos impactos desse tipo de vivências à saúde física e mental dos trabalhadores. No caso dos profissionais de enfermagem, segundo Silva (100), as morbidades referidas mais freqüentes são: ferimentos por perfuro-corto-contusos; doenças infecciosas, infecto-contagiosas e parasitárias; doenças ósteo-músculo-articulares; problemas respiratórios; desequilíbrio mental e desgaste emocional; enxaqueca e cefaléia; problemas de pele; problemas oculares e auditivos; intoxicação por substância química; e estresse, estafa e cansaço.

Entre os profissionais médicos, principalmente os mais jovens, além de alguns dos quadros mórbidos listados acima, os níveis de perturbações emocionais estão aumentando (101). No Brasil, Martins (102) destaca alguns fatores estressores associados ao exercício profissional da medicina: sobrecarga horária; privação de sono; comportamento idealizado – contato intenso e freqüente com a dor e o sofrimento; lidar com a intimidade corporal e emocional – contato com a

morte e com o morrer; lidar com pacientes difíceis – incertezas e limitações do conhecimento médico, isto é, o medo do erro médico.

Além do estresse, os médicos são os profissionais que apresentam taxa de suicídio superior à da população geral (103). Simon e Lumry (104) apontam algumas razões para a elevada taxa de suicídio entre os médicos: 1) médicos tendem a negar o estresse de natureza pessoal; 2) médicos tendem a negar o desconforto psicológico; 3) inclinações suicidas são acobertadas (tratamento mais difícil); 4) médicos elaboram, mais frequentemente, esquemas defensivos (fecham-se para qualquer intervenção terapêutica eficaz); 5) negligência da família e dos colegas (ele é médico, sabe se cuidar); 6) o médico tem o meio do suicídio ao alcance das mãos (métodos mais eficazes para o êxito).

Vale ressaltar que a exposição dos profissionais de saúde à situações de dor, sofrimento e morte tem início já na graduação e que, somados ao histórico de saúde mental da família, à experiência de vida e à personalidade podem contribuir para deixar o indivíduo suscetível ou vulnerável à quadros clínicos de ordem psíquica.

Em estudo realizado por Cavestro e Rocha (105) entre estudantes dos cursos de Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional de uma faculdade de Minas Gerais, a prevalência de episódios depressivos maior entre os alunos foi de 10,5%, mas os do curso de terapia ocupacional apresentaram prevalência mais elevada (28,2%) em comparação com os de medicina (8,9%) e de fisioterapia (6,7%). Com relação ao risco de suicídio foi observado em 9,6% dos alunos entrevistados, sendo 63,6% de risco baixo, 15,2% de risco médio e 21,2% de risco elevado.

Inseridos nesses contextos de trabalhos, os profissionais de saúde, como todos os outros, tendem a desenvolver alguns mecanismos de defesa estruturados socialmente pela equipe (106):

- 1) Fragmentação da relação técnico-paciente;
- 2) Despersonalização e negação da importância do indivíduo (todos são iguais);
- 3) Distanciamento e negação de sentimentos;
- 4) Tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas;
- 5) Redução do peso da responsabilidade.

Esses mecanismos têm como função primordial, explica Menzies (106), ajudar o indivíduo a fugir da ansiedade, culpa, dúvida e incerteza. Esses sistemas são aqui trazidos como um modelo para explicar a complexa dinâmica da interação técnico-paciente, em uma instituição hospitalar, embora não seja único ou exclusivo.

De fato, esses mecanismos não são únicos nem exclusivos. No cenário estudado, além desses mecanismos listados acima, a existência de um lugar para “desabafar” surge como primordial e de extrema importância. O espaço a que me refiro é a copa interna das enfermarias.

Além de constituir-se como espaço liminar, de antiestrutura e de construção de *communitas*, a copa é lugar para interpretações diversas sobre a experiência do trabalho em saúde, como foi discutido no capítulo anterior.

O que quero destacar neste capítulo, além dessas características e situações às quais os atores sociais estão expostos, é a maneira, peculiar, como eles subjetivam, vivenciam e significam essa experiência, vejamos a seguir.

6.1 “Você ainda vai receber muitas flores na sua vida”

Minha experiência de campo junto aos atores sociais foi, como dito antes, uma possibilidade e uma busca de conhecimento que, em última análise remetia ao conhecimento de mim. Uma questão que sempre me inquietou desde os meus estágios no curso de graduação era: como os profissionais do hospital conseguiam gostar de trabalhar ali e viverem em um ambiente tão esquadrinhado no qual pouco espaço é dado para a criatividade, subjetividade e reflexividade?

Confesso que essa questão me acompanhou, também, durante o trabalho de campo desta pesquisa. Sempre ficava intrigado com a maneira pela qual eles se relacionam, o “clima” que eles criam no ambiente de trabalho e como elaboravam os significados do estar ali. Com essa inquietação pude chegar a algumas interpretações que, como afirma Geertz (2), são de segunda ou terceira mão.

Embora inseridos em um contexto estruturado, ambientalmente artificial, hierarquizado e dentre outras características, os profissionais de saúde que trabalham no cenário do estudo esforçam-se no sentido de construir naquele universo as condições que julgam necessárias para a

realização do seu trabalho diário. Trata-se de uma atividade conjunta e que abriga em seu âmago os conflitos e contradições próprias das relações humanas. Nesse sentido, todos são igualmente co-autores de um cenário ideal e que demanda de seus atores a realização de diversas funções simbólicas informais, além daquelas que oficialmente eles desempenham.

O centro da organização hospitalar aonde ocorre tal construção é o espaço físico da copa, mas os resultados do que ali são construídos, manipulados e interpretados são ampliados para além de seus limites físicos. É como se a situação social de antiestrutura engendrada no interior da copa fizesse seu real sentido fora dela. O fato de eles interagirem nessa circunstância que Turner (11) chamou de *communitas* possibilita a construção de um ambiente mais humano e integrativo, contrapondo-se dessa forma ao ambiente artificial dimensionado pelo poder institucional aí vigente.

É em meio a esse ambiente que as interações sociais são realizadas, gerando, por assim dizer, uma série de sentimentos em relação à prática profissional desses atores sociais, tais como: realização e satisfação pessoal e profissional; sentimento de contribuição; amor; sentimento de pertencimento (“aqui é minha segunda casa!”); e aprendizagem constante.

O que eles constroem é uma tentativa de humanizar um ambiente marcado pela objetividade dos processos de trabalho e de ensino-aprendizagem, permeado pela impessoalidade, pela intervenção negativa no “eu” dos indivíduos em geral, um ambiente carregado de sentimentos de dor, sofrimento e morte, além de promover uma série de situações sociais que requer dos atores que aí atuam uma gama de performances desgastantes.

Em oposição a este cenário árido do hospital elabora-se um anti-cenário²² caracterizado pela possibilidade de ser e viver, pela emergência das relações humanas em um grau de intimidade maior e pela aceitação das limitações e necessidades do outro. Um anti-cenário que comporta a diversidade de estilos, de jeitos, de gostos e que proporcionam, em última instância, oportunidades de aprendizagem e compartilhamentos que fogem à lógica científica dura, para

²² Cabe dizer que este anti-cenário é do plano simbólico das relações sociais. Sua existência é invisível, fugaz aos olhos que disciplinam e normatizam. Senti-lo ou mesmo vivê-lo requer uma gama de artifícios que, geralmente, só é conquistado com o tempo e com uma postura de abertura para o novo, para o que se opõe e se situa no plano afetivo e íntimo das relações sociais; e que só faz sentido no contexto sócio-cultural onde é engendrado, interpretado e manipulado.

inscrever-se em uma dimensão mais fluida, pessoal, subjetiva, dialética por relacionar-se com todas as esferas desse indivíduo que se contrapõe às tentativas planificadoras do discurso hegemônico.

É nesse anti-cenário que o tempo narrativo, influenciado por *Eros*, encontra lugar. É nele também que as relações entre os profissionais e os pacientes e familiares afastam-se das normas prescritivas para abarcar situações que, oficialmente, não cabem na estrutura hospitalar moderna.

É por meio dessas interações que os profissionais criam os elementos necessários para a “oxigenação” e continuação de suas atividades profissionais. É como se, através de uma postura de oposição, eles conseguissem representar outros personagens além daqueles que são oficialmente solicitados a representar. Dessa forma, o *aprendizado* ultrapassa a dimensão técnica, profissional para atingir dimensões mais pessoais. O contato mais próximo dos pacientes e familiares é também comparado, por eles, com o mesmo tipo de contato existente nos hospitais privados.

“Se você entrar e sentar no quarto para conversar com esses pacientes idosos que eu vejo aqui na enfermaria você tira um livro dali! É uma lição de vida o que eles te ensinam! Você chega aqui, vê aquela pessoinha frágil, ali em cima da cama, como tem muitos aí de 90 anos... Você vê o quanto aquela pessoa precisa de você! Como é importante você estar aqui! Porque se você não estivesse aqui, o que seria dela? Você deve fazer seu trabalho bem feito. Às vezes uma palavra tem capacidade, tem poder maior para tirar sua dor que uma medicação, que uma injeção na veia! Tudo isso serve de estímulo e, com isso, aprendemos também! Aprendemos a ser mais humanos! E é importante você saber que você contribuiu para pôr uma pessoa de pé, dando uma mão, uma palavra, uma colherzinha de sopa, um copinho de água na boa... Você contribuiu para isso! Então te dá prazer! Você chega em casa, deita tua cabeça no travesseiro e pensa: ‘Nossa, que bom! Hoje eu ajudei uma pessoa!’”. (Técnica de Enfermagem)

“Aqui é um lugar onde você pode ter mais contato com o paciente e com a família. Não é igual ao hospital particular, onde você não pode encostar nele, não pode conversar com ele se não as pessoas irão te processar! Aqui você tem um contato melhor, sabe? É mais humano. De certa forma, é mais humano! Mesmo tendo as dificuldades que tem, o seu contato com o paciente, com a família, é mais humanizado que no privado”. (Técnico de Enfermagem)

“Aqui eu tive um aprendizado profissional e como pessoa também. Passei a compreender mais o outro e a valorizar as pessoas que estão próximas. Você tem que curtir! Curtir seus amigos, curtir as pessoas, curtir a família, o pouco tempo que você tem precisa saber viver bem, porque nunca sabemos quando a vida vai nos surpreender! Porque a vida é uma caixinha de surpresa. Então a melhor coisa que tem é viver bem, cuidar bem das pessoas que você puder, o tempo que você puder, dar atenção, ajudar aqui, cuidar bem deles [pacientes] como se fossem um ente-querido seu!” (Técnica de Enfermagem)

Com esses tipos de experiências, os profissionais passam a vislumbrar alguns resultados de seu trabalho e os significados de atuar no cenário estudado. Dentre esses resultados, destacam-se: realização pessoal e profissional, conquistas materiais e imateriais, independência financeira, a gratificação em salvar vidas, superação de realidades sociais e econômicas desfavoráveis, realização de sonhos, agregação de valores pessoais e profissionais, *status* social e admiração dos outros, boas lembranças, amizades, saber atuar em equipe e lidar com as pessoas, sentir-se capaz e importante e ter lições de vida junto aos colegas de trabalho e pacientes.

Embora estejam imersos em um contexto que muito tem para adoecê-los física e mentalmente, os profissionais (dos turnos de trabalho estudados) ressignificam suas experiências de trabalhadores em saúde através desses mecanismos de resistência ao discurso institucional. Este é um fator que contribui para a existência de uma satisfação dos profissionais com seu ambiente de trabalho e que desperta nos novatos, durante os ritos de iniciação, o desejo de aí permanecerem.

Ao resistirem à tendência planificadora e homogeneizante que os hospitais tendem a imprimir em suas unidades, os atores sociais, juntamente com os pacientes, familiares e estudantes, resgatam dimensões mais profundas e, conseqüentemente, humanas que transformam o ambiente artificial, hierarquizado e estruturado em uma atmosfera que amplifica as subjetividades, retoma aspectos perdidos pela racionalização e objetivação das práticas e serviços e considera o indivíduo em uma perspectiva inovadora que integra suas variadas interfaces e conflitos, imprimindo uma dinâmica e organicidade às relações e interações sociais aí realizadas.

“Estar aqui significa contribuir! Porque eu acho que nessa área, em nível de pagamento, salário, não é tão bom. Nunca foi objetivo meu objetivo trabalhar para receber o salário e pagar as contas no final do mês! Isso é só uma

consequência. Para mim significa contribuir mesmo, fazer a parte para a qual fui chamada. É claro que não faço mais as coisas, Lucas, com a mesma – com o doente sim, mas outras coisas não – dedicação, a mesma disciplina. Porque como eu disse para você, eu quero me aposentar!” (Enfermeira)

“As coisas que fazemos, realmente, são gratificantes. Depois os pacientes nos procuram e dizem: ‘olha, eu estou bem! Estou andando! Saí daqui de cadeira de rodas! Saí daqui de maca!’ Para nós é uma gratificação muito grande, já que tivemos parte naquele atendimento, uma parte naquela cura! Para mim é uma grande coisa! É um elo que temos com a rede fora daqui, muito importante para nossa profissão e para nosso trabalho”. (Assistente Social)

“Ah, eu gosto daqui! Foi muito bom para mim! Porque aqui eu aprendi coisas que onde eu estava jamais aprenderia! Vi coisas que jamais eu iria ver! Vi moléstias que só tem aqui! Para mim é uma experiência extraordinária! O pessoal é legal, muita gente boa e não sei, mas eu acho que para mim, para minha profissão, foi a melhor coisa que aconteceu!” (Técnica de Enfermagem)

Portanto, ficam assim evidenciados alguns dos mecanismos que os atores sociais lançam mão no processo que compreende a construção de um cenário simbólico e propício ao desenvolvimento de suas atividades profissionais, de maneira que atenuem os impactos que a disciplina e a objetivação das relações e processos de trabalho no interior do hospital possam causar aos seus “eus”. Cabe também destacar o papel fundamental que o espaço físico da copa desempenha nesse sentido por, mais uma vez, constituir um verdadeiro húmus social e cultural, peculiar a essa enfermaria, que permite aos atores sociais galgar estratos das relações interpessoais além do padrão, da norma, da hierarquia e do sistema social estrutural que rege o processo de viver e ser saudável daqueles que se dedicam-se ao cuidado do outro em situações clínicas e cirúrgicas diversas.

Por fim, o reconhecimento de elementos gratificantes em suas práticas profissionais é fundamental para estimular os atores sociais em suas trajetórias. O reconhecimento, ainda que não esperado e por vezes negado, passa a representar o componente que tinge o cotidiano e a rotina com uma coloração típica da vida social que pulsa e que dá vigor as relações sociais mais amplas e que se passam, geralmente, fora do contexto institucional. Ser reconhecido nos remete a circunstâncias remotas, faz-nos lembrar de metas e projetos que, na historicidade de nossas vidas, foram alçados e outros esquecidos. Ser reconhecido e reconhecer-se é sentir-se vivo e capaz de ir

mais longe, ter mais motivos para amar-se, querer-se e orgulhar-se. É conseguir enxergar no trabalho, às vezes doloroso, seu real sentido e significado, é como se a cada reconhecimento víssemos nossos desejos serem revigorados e celebrados em uma dança constante que nos envolve, nos repulsa e que dá felicidade ao trazer a sensação de que contribuímos para o bem-estar de alguém.

“Eu ganhei uma rosinha de um grupo de palhaços que passava aqui na enfermaria e um dos pacientes, assim que ele foi embora nesse mesmo dia, virou para mim e falou assim: ‘Você ainda vai ganhar muitas flores na sua vida!’ Ganhei o dia! Ganhei a flor e ganhei o dia! Isso é importante, Lucas!” (Técnica de Enfermagem)



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo focalizou alguns elementos da cultura de uma Enfermaria Cirúrgica pertencente a uma instituição social complexa, a hospitalar. Como campo teórico mais amplo, o estudo pressupõe que a cultura corresponde a uma dimensão da vida social, que inclui não só aspectos simbólicos, como também técnicos e operacionais. Nesse sentido, aspectos inerentes à organização hospitalar moderna envolvendo tecnologias, processos de trabalho e saberes foram considerados como parte de uma dimensão cultural mais ampla.

Nesse contexto, podemos denominar a organização hospitalar como parte de uma cultura ocidental mais ampla, positivista e mecanicista, que remonta ao Renascimento Europeu, passando pelo Iluminismo até encontrar no hospital moderno uma expressão atual, como se viu no primeiro capítulo deste trabalho.

A Enfermaria Cirúrgica é um ambiente altamente estruturado e hierarquizado, podendo ser evidenciadas as seguintes características:

- Inexistência de espaços que promovam a reflexão sobre o agir;
- Os procedimentos técnicos realizados junto aos pacientes são fortemente ancorados em rotinas, padrões, normas e manuais que, por sua vez, estão inscritos em tradições do cenário cultural;
- Forte divisão de trabalho e responsabilidades o que gera uma prática burocratizada, racionalizada e fragmentada, através da especialização;
- O paciente, em algumas situações, é apenas um figurante passivo nessa estrutura;
- O trabalho em equipe é, em certo nível, verticalizado;
- Alto grau de especialização do trabalho e dos procedimentos;
- Há uma predominância de terapêuticas alopáticas, não restando lugar às práticas de cura alternativas, contribuindo para a supervalorização dos parâmetros mais objetivos e mensuráveis do processo saúde-doença;
- A maneira como os processos de trabalho aí desenvolvidos estão dispostos não pressupõem criatividade e inovação por parte dos profissionais que os engendram;
- Os saberes, procedimentos e tecnologias são pouco discutidos, principalmente, pelos membros da equipe de Enfermagem, colaborando para um fazer tecnicista e, por conseguinte, não dá espaço ao novo, à criatividade e à inovação;
- É um espaço que requer a tomada de decisão rápida, ágil e acertada, impossibilitando o desenvolvimento de práticas investigativas;

- Ambiente carregado de situações de estresse, de urgência e de emergência;
- Ausência de modelos avaliativos do processo de trabalho da equipe.

Na Enfermaria Cirúrgica, a função principal da Enfermagem é reproduzir a prática e o saber biomédico. Com isso, o fazer da Enfermagem assume uma posição de intermediária entre o médico e o paciente. Ao colocar-se dessa forma no interior das práticas terapêuticas que visam à cura e/ou à reabilitação do indivíduo cuidado, a Enfermagem desenvolve procedimentos técnicos diversos que, em alguns casos, têm como fundamento principal a tradição ancorada no saber profissional. Trata-se de uma dimensão do cuidar que não cabe ao enfermeiro justificar ou questionar, uma vez que o saber é percebido como uma dimensão com pouco movimento reflexivo ou dialético.

Tal condição permite a construção de um sentimento de “segurança” e luta contra as incertezas do enfermeiro. Diante disso, o enfermeiro, quase sempre, abstém-se de uma postura crítica e reflexiva, atitude esta que lhe é requerida devido à necessidade de se acomodar à organização do trabalho.

Na dimensão estrutural da Enfermaria Cirúrgica, o papel do médico e seu saber são dominantes. Embora se invista em um discurso multidisciplinar entre os membros da equipe de saúde, a prática médica reafirma, por meio de mecanismos velados, a hegemonia do paradigma de que são protagonistas principais.

Coerentemente com os pressupostos que enerva tal paradigma, o saber biomédico reveste-se de um teor de verdade inalienável e inquestionável, sobrepondo-se às outras formas de diagnosticar, explicar e tratar os inúmeros fenômenos concernentes ao processo saúde-doença. Diante disso, o indivíduo adoecido torna-se objeto de estudo para o médico e, por isso, deve ser meticulosamente discutido, fragmentado em sistemas e órgãos, principalmente nos rituais diários da visita médica.

O ritual da visita médica, apenas para ilustrar um dentre tantos rituais, impõe ao interno seu papel social de doente, cabendo-lhe assim participar, passivamente, do seu processo de cura mediante inquéritos sobre as condições atuais e pregressas de saúde e doença. Paralelamente, desenvolve-se nos profissionais o sentimento de pertencimento do doente manifesto na expressão “**meu doente**”. Inseridos em uma estrutura rígida, hierarquizada e racional, os profissionais aí envolvidos justificam suas práticas e técnicas no bem-maior que os “**seus doentes**” necessitam,

agindo como verdadeiros “pastores” no cuidado de suas “ovelhas”, dóceis, submissas e quase sempre com suas identidades temporariamente distorcidas.

No entanto, a estrutura hospitalar alberga outros rituais. Nesse sentido, para fins deste estudo foram estudados os ritos de iniciação dos profissionais por ocasião da admissão no hospital e os ritos de passagem entre as categorias de técnico de enfermagem e enfermeiro.

Observamos que o ritual, no interior de uma estrutura como a hospitalar, expõe os indivíduos a papéis ambíguos, pois ao mesmo tempo em que referenda a estrutura e marca as posições de autoridade e hierarquia (ritos de iniciação), ele também permite sua inversão (rito coletivo da copa) em uma dimensão mais livre e criativa. Nos ritos interpretados nessa investigação, tal caráter ambíguo e inversor pode ser evidenciado na experiência de liminaridade dos neófitos, já que sobretudo nos ritos de passagem, não permitem a fixação de um papel social definido.

Nessas circunstâncias, as hierarquias e os papéis sociais inerentes a cada ator social tornavam-se suspensas em uma atmosfera que lhes requeria a abdicação de seu orgulho em virtude da ausência temporária de *status*, conforme observado no caso dos transitantes entre a função de técnico de enfermagem e enfermeiro ou mesmo entre enfermeiros novatos inexperientes.

Além disso, no momento da avaliação final do neófito, a inversão e a ambiguidade eram evidentes, uma vez que o indivíduo avaliado colocava-se a disposição para ouvir com humildade e reverência as palavras dos veteranos. No entanto, cabe assinalar que tal estado de inversão e ambiguidade não era radical. Esse fato evidencia o aspecto ontológico desse tipo de rito. Ao final de um ritual, o indivíduo deve ter se reconstruído em detrimento de seu antigo papel social como requisito fundamental para sua inserção em uma nova camada ou estrato da dimensão social de um dado contexto.

Interpretar os ritos de iniciação e de passagem vivenciados pelos atores sociais possibilitou compreender os mecanismos pelos quais a cultura organizacional da Enfermaria Cirúrgica, especificamente, e do hospital, de uma forma mais geral, são “re-inventadas” cotidianamente e como se dão os processos de socialização dos novos integrantes da equipe. Expõe também, como mostrado nesta pesquisa, a necessidade de readaptação do que foi aprendido durante a formação universitária, os dilemas e insegurança do recém-formado na conquista pelo seu lugar no mercado de trabalho, os meios para recrutar e selecionar pessoal

pelos serviços de saúde, o cotidiano do novato durante o período de experiência e os aspectos simbólicos e subjetivos que aí atuam.

Os nossos dados mostram ainda que, entre os profissionais de Enfermagem, o rito de passagem expressa-se como um forte demarcador de hierarquia e poder. Cabe destacar alguns aspectos das relações interpessoais entre os veteranos e os neófitos. Os dados demonstraram, nesse sentido, que o rito não contempla a possibilidade de compensar as angústias, inexperiências e ansiedade dos neófitos. Em controle do rito, os veteranos insistem em requerer do novato agilidade e presteza em tomadas de decisão, o que frequentemente implica em um humilhação do novato.

Neste cenário, o rito revela o traço autoritário do profissional de Enfermagem, que se anuncia não apenas na relação com os pacientes, mas, também, entre os próprios membros da equipe. O profissional de Enfermagem, notadamente o da área hospitalar, está inserido atualmente em uma estrutura dura e profundamente hierarquizada em torno do saber biomédico especializado, talvez daí venha a dificuldade de ser flexível à heterogeneidade de cada indivíduo que compõe a equipe de trabalho. Nesse sentido, nas relações entre os iniciantes e os veteranos ocorre embaraço em lidar com o novo, o desconhecido e o incerto. A formação profissional engessante, que prepara o indivíduo para lidar com rotinas, padrões e protocolos previamente estabelecidos, contribui significativamente para reforçar este problema.

Em contrapartida, a dimensão simbólica das interações sociais que ocorrem no espaço físico da copa figura como uma possibilidade de escape a tal engessamento, assumindo um caráter antiestrutural em relação à organização hospitalar e aos processos de trabalho aí desenvolvidos.

Por pertencer a um domínio não estruturado das relações humanas no cenário hospitalar, a copa proporciona uma atmosfera de “religação” das partes fragmentadas, racionalizadas e despersonalizadas. Trata-se de um espaço liminar, no qual as relações humanas são cercadas por um aspecto fugidio, inconstante e aberto ao contraditório e à ambigüidade. Neste espaço, a dimensão simbólica consegue ou teima em escapar das investidas disciplinadoras.

É um espaço no qual os *status* e as rígidas hierarquias do ambiente hospitalar são renegociadas e, em algumas ocasiões, invertidas. No espaço físico da copa, a dimensão simbólica pode manifestar-se de forma antagônica, chegando a assumir em algumas ocasiões uma antiestrutura radical em relação à estrutura hospitalar em geral.

Também ficou claro nesse estudo o papel de anfitrião que a Enfermagem desempenha no espaço físico da copa. Neste caso, o papel simbólico relaciona-se ao traço acolhedor que a ideologia da profissão procura manter. A copa, então, transforma-se no *espacinho* íntimo que permite um relacionamento mais humano dos profissionais de Enfermagem. Neste caso, os odores (principalmente o do café) e outras sensações experimentadas no espaço físico da copa nos remete a um recorte das dimensões domésticas da vida cotidiana da mulher. Faz-nos lembrar a cozinha, o espaço no qual os alimentos são preparados por meio da “alquimia” ensinada à menina desde a mais tenra idade. Diante disso, poderíamos nos indagar se esse espaço não simboliza também uma arena na qual os conflitos das relações de gênero se manifestam veladamente, tendo como pano de fundo um discurso hegemônico fortemente influenciado pela cultura patriarcal que resiste e assume seus disfarces na contemporaneidade.

Outro aspecto importante a se destacar no cenário estudado é o processo de reforma que está sendo implementado na instituição hospitalar. Teoricamente, tal reforma tem por objetivo principal flexibilizar a rigidez e a hierarquia das funções hospitalares e, com isso, permitir maior integração com o sistema de saúde mais amplo.

Em tese, nesse modelo o paciente assume uma importância fundamental e as equipes de trabalho operam em uma perspectiva interdisciplinar, através de um sistema de tomada de decisão que se convencionou chamar de colegiado pela literatura sociológica. Trata-se de um sistema de poder muito freqüente entre os departamentos, faculdades e institutos do meio universitário, no qual a tomada de decisão é democraticamente partilhada por uma equipe de profissionais investidos com o mesmo poder de decisão. No caso do SUS brasileiro, para a tomada de decisão, o papel do médico equivale, ao menos nos discursos, ao papel dos demais profissionais de saúde de curso superior.

O processo que o SUS tem tentado engendrar pode ser reconhecido como um processo de humanização da área de saúde, como um sistema de gerenciamento de recursos humanos e como desenvolvimento de processos de trabalho em um contexto aberto que inclui uma equipe de profissionais focalizando um determinado problema de saúde ou um determinado paciente. Este último é considerado uma figura com direitos e autonomia fundamentais para poder participar do tratamento à sua saúde. Em tal contexto, os processos terapêuticos envolvem uma perspectiva interdisciplinar e envolve processos de trabalho e espaços terapêuticos que precisam ser continuamente reinventados e organizados.

Com a priorização da Rede Básica nas políticas governamentais, o hospital tem assumido gradativamente a função de retaguarda do Sistema de Saúde. Sua função tem-se tornado terciária no sistema de referência e contra-referência do SUS. Dessa forma, o hospital tem sofrido os impactos dessa revolução levada a cabo no Modelo Assistencial brasileiro, haja vista a reforma organizacional que atualmente o HU tem experimentado.

Conforme explicitado nos capítulos anteriores, sobretudo no capítulo 5, o espaço físico da copa proporciona, dentre outras coisas, a vivência de um estado de *communitas* relativa (já que mesmo a copa tem sua própria estruturação de padrões) e de antiestrutura que se opõe ao caráter estrutural evidenciado no ambiente hospitalar em geral. Tem condição permite que a simbologia da copa privilegie uma dimensão humanizadora das relações humanas ao permitir a emergência de um espaço dialógico preñado de simbolismos e que sobrevive em um contexto marcadamente normatizado.

O que nosso estudo tenta trazer à tona, por meio da interpretação das dimensões estruturais e simbólicas de uma unidade hospitalar, é que a instituição hospitalar também comporta a dimensão humana, os rituais, os processos de individualização, as hierarquias mais flexíveis, os espaços de socialização e lazer.

Resgatar a dimensão humana das relações sociais, em geral, e de cura, em particular, no contexto hospitalar pode, também, constituir um importante fator de promoção de cura. A OMS tem mostrado evidências consistentes no sentido de realçar o cuidado como essencial ao processo de cura. Humanizar o atendimento à saúde tem sido um desafio para os órgãos gestores da saúde no Brasil. Políticas como o Humaniza SUS, proposta pelo Ministério da Saúde, tem colidido com a cultura profissional do positivismo mecanicista que permeia o hospital.

Partindo desse entendimento, um estudo antropológico no hospital reafirma a importância da utilização de recursos e mecanismos elaborados pelos próprios atores sociais, em seus respectivos contextos de atuação profissional, na implementação dessas políticas; bem como nos processos que visem uma democratização dessas relações, não apenas no sentido político, mas, sobretudo, no intuito de possibilitar a convivência com a diversidade de concepções, de estilos, e de subjetividades.

Por isso, a construção de uma tecnologia leve – que se caracteriza por sua produção através do trabalho vivo, entendida como processo de relações e que pode contribuir, ao lado das

tecnologias duras, para a reforma organizacional que ora se desenrola no campo da pesquisa (107) – deve levar em consideração, em sua base, a experiência e simbologia da copa, uma vez que tal espaço proporciona um sentido de reflexividade e liberdade que dificilmente encontra oportunidade para se manifestar na estrutura hospitalar.

No entanto, a proposta da reforma organizacional vai esbarrar inevitavelmente em práticas, crenças, resistências e seguranças cristalizadas por uma forte tradição. Fui testemunha, durante o trabalho de campo, de algumas tentativas no sentido de fomentar a expansão de espaços de discussão com o objetivo de promover maior reflexividade sobre o fazer do enfermeiro. Presenciei, neste sentido, que os enfermeiros encontraram muitas dificuldades em identificar essa possibilidade como viável, talvez por não saberem como traduzir essa proposta de humanização e abertura do ambiente hospitalar em uma tecnologia gerencial e de trabalho.

A apropriação dessa proposta por parte da Enfermagem poderá ter pouca possibilidade de sucesso. Um plano de reforma hospitalar, para ser bem sucedido, terá que levar em conta vários outros fatores incrustados na cultura e na formação profissional destes sujeitos sociais, processo este que demanda tempo.

Durante a fase de pesquisa de campo desta dissertação, encontrei entre os enfermeiros, um potencial de abertura na reflexão sobre várias práticas que se esvaíam na falta de um hábito reflexivo e, principalmente, na falta de espaços institucionais e de tecnologias que permitissem instrumentalizar a construção de uma nova prática profissional que levasse em conta a identidade cultural do paciente.

À guisa de encerramento desta dissertação, é fundamental destacar que, em um contexto de mudança, no qual a incerteza tem presença marcante, esse estudo apenas prestou-se a apontar alguns aspectos que permeiam esse processo, sem ter a pretensão de realizar, por hora, uma análise mais profunda que o fenômeno requer. Assim, permanece aberta a necessidade de novos estudos sobre o contexto hospitalar e a proposta de reforma que, hoje, encontra-se na agenda gerencial da estrutura hospitalar não só no Brasil, mas em todo o mundo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Queiroz MS. Saúde e doença: um enfoque antropológico. Bauru, SP: EDUSC; 2003.
2. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
3. Miranda CML. Os doce(i)s corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar [Dissertação – Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1987.
4. Lenardt MH. A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar [Tese - Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
5. Sahlins M. Culture and practical reason. Chicago: The University of Chicago Press; 1976.
6. Habermas J. The theory of communicative action. Boston: Beacon Press; 1984.
7. Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. Petrópolis, RJ: Vozes; 1989.
8. Spradley JP. The ethnographic interview. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1979.
9. Spradley JP. The participant observation. Orlando: Library of Congress; 1980.
10. Malinowski B. Argonautas do pacífico ocidental. 2 ed. São Paulo: Abril Cultural; 1978.
11. Turner VW. O processo ritual: estrutura e anti-estrutura. Petrópolis: Vozes; 1974.
12. Machado AL. Movimentos de saberes e cuidados em saúde mental: a religiosidade pela via da subjetividade. [Tese – Livre Docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
13. Mafessoli M. O mistério da conjunção: ensaios sobre comunicação, corpo e socialidade. Porto Alegre: Sulina; 2005.
14. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
15. Foucault M. O nascimento da clínica. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
16. Luz MT. Natural, racional, social: razões médicas e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
17. Moscovici F. Renascença organizacional. 6 ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1996.
18. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 2005. (Debates; 91).
19. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus H. Foucault, uma estratégia filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
20. Luz MT. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986.

21. Weber M. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 1999.
22. Scliar M. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora SENAC São Paulo; 2002.
23. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 1998.
24. Capra F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1983.
25. Laing RD. The voice of experience. New York: Panteon; 1982.
26. Martins PH. Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
27. Queiroz MS. O sentido do conceito de medicina alternativa e movimento vitalista: uma perspectiva introdutória. In: Nascimento MC, organizadora. As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura. São Paulo: HUCITEC; 2006. p. 17-39.
28. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin nº 4, 1910.
http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf
29. Weber M. A objetividade do conhecimento nas ciências e na política social. Lisboa: Lisboa Ltda.; 1974.
30. Camargo Jr K. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: HUCITEC; 2003.
31. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: HUCITEC; 2008.
32. Mauss M. Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify; 2003.
33. Lévi-Strauss C. Antropologia estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1970.
34. Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez Editora; 2000.
35. Turner VW. Schism and continuity in an african society: a study of Ndembu village life. Manchester: Manchester University Press; 1957.
36. Gluckman A. Politics, law and ritual in tribal society. Oxford: Basil Blackwell; 1966.
37. Bauman Z. Modernidade líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2001.

38. Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidade e limites na pesquisa em saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2008; 12(25): 363-76.
39. Peirano M. A favor da etnografia. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
40. Adorno RCF, Castro AL. O exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. *Saúde e Sociedade* 1994; 3(2): 172-85.
41. Vásquez ML. Significado da regulação da fecundidade dos (as) adolescentes numa comunidade urbana marginal [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1999.
42. Canesqui AM. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: Alves PC, Minayo MCS (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. 1ª reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. p.13-32.
43. Queiroz MS, Canesqui AM. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Rev. Saúde Pública* 1986a; 20(2): 152-64.
44. Queiroz MS, Canesqui AM. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1986a; 20(2): 141-51.
45. Evans-Pritchard EE. *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Claredon Press; 1937.
46. Laplatine F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes; 1986.
47. Rivers WHR. *Medicine, magic and religion*. London: Kegan Paul; 1924.
48. São Paulo F. *Linguagem médica popular no Brasil*. Rio de Janeiro: Barreto de Cia; 1936. Vol. 1 e 2.
49. Maynard de Araújo A. *Medicina rústica*. Rio de Janeiro: Ed. Nacional; 1959.
50. Fontenelle LFR. *Aimorés: análise antropológica de um programa de saúde*. São Paulo: DASP. Departamento de Documentação; 1959. (Dados inéditos).
51. Fernandes F. *Folclore e mudança social em São Paulo*. São Paulo: Anhembi; 1961.
52. Ibañez-Novión MA. *El cuerpo humano, la enfermedad y su representación social* [Dissertação – Mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/Museu Nacional; 1974.
53. Ibañez-Novión MA. O anatomista popular: um estudo de caso. In: *Anuário Antropológico/77*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1978.
54. Ibañez-Novión MA, Trindade Serra OJ. O mundo composto: o caso do noroeste mineiro. In: *Anuário Antropológico/77*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1978.

55. Costa AM. Riqueza de pobre: um estudo em antropologia da saúde [Dissertação – Mestrado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1978.
56. Peirano MGS. Proibições alimentares numa comunidade de pescadores [Dissertação – Mestrado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1975.
57. Canesqui AM. Comida de rico, comida de pobre: um estudo sobre alimentação num bairro popular [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1976.
58. Maués RH, Maués MAA. O modelo de “reima”: representações alimentares numa comunidade amazônica. In: Anuário Antropológico/77. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1978.
59. Souto de Oliveira J. Hábitos e padrões alimentares de um grupo operário no Rio de Janeiro. In: Relatório de Pesquisa: Hábitos alimentares em camadas de baixa renda; Convênio FINEP/FUB/UFRJ. Rio de Janeiro: Museu Nacional; 1977. (mimeografado).
60. Marin MCM. Emprego e serviço: estratégias de trabalho e de consumo entre operários de Campina Grande-PB. In: Relatório de Pesquisa: Hábitos alimentares em camadas de baixa renda; Convênio FINEP/FUB/UFRJ. Rio de Janeiro: Museu Nacional; 1977. (mimeografado).
61. Queiroz MS. Representações de doenças e instituições de cura numa aldeia de pescadores [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1978.
62. Fry PH. Duas respostas à aflição: umbanda e pentecostalismo em Campinas. Debate e crítica 1975; 6: 79-94.
63. Fry PH. Two religious movements: protestantism and umbanda. Stanford J. Int. Stud. 1978; 13.
64. Mott YT. Caridade e demanda [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1976.
65. Velho YM. A guerra de orixá. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.
66. Vergolino e Silva A. Os tambores e as flores [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1976.
67. Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 90. Ciência e Saúde Coletiva 2003; 8(1): 109-26.
68. Pellón EG. La evolución del concepto de etnografía. In: Baztán AA, edit. Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Mexico (DF): Alfaomega/ Marcombo; 1997.
69. Leite SN, Vasconcelos MPC. Construindo o campo de pesquisa: reflexões sobre a sociabilidade estabelecida entre pesquisador e seus informantes. Saúde e Soc 2007; 16(3): 169-77.

70. Leininger MM, McFarland MR (edit.). Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2006.
71. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006.
72. Thompson EP. Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional. São Paulo: Cia das Letras; 1998.
73. Nassar R. Lavoura arcaica. São Paulo: Shwarcz; 1989.
74. Gianeir BCP. Arabesco: imaginários e violências nas narrativas da dança do Oriente [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
75. Monticelli M, Elsen I. Quando o tempo narrative ultrapassa o tempo da clínica: um modo de cuidar em enfermagem no período pós-natal. Texto Contexto Enferm 2005; 14(2): 167-76.
76. Labronici LM. Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras [Tese – Doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
77. Streubert H, Carpenter DR. Qualitative research in nursing. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1994.
78. Machado SP, Kuchenbecker R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(4): 871-7.
79. McKee M et al. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: European Observatory on Health Care Systems Series. Oxford University Press; 2002.
80. Médici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Rev Ass Med Brasil 2001; 47(2): 149-156.
81. Brasil. Portaria SNE/Ministério da Saúde, número 15. Ministério da Saúde 1991 Jan 8.
82. Brasil. Portaria 1.000. Ministério da Educação/Ministério da Saúde 2004 Abr 15.
83. Brasil. Portaria 1.005. Ministério da Educação/ Ministério da Saúde 2004 Mai 27.
84. Brasil. Portaria 1.006. Ministério da Educação/ Ministério da Saúde 2004 Mai 27.
85. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. O acompanhamento das IFES e HUs: relatório de atividades 2006. Brasília: Ministério da Educação; 2006.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira. Cadernos de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
87. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública 1998; 14(4): 863-70.

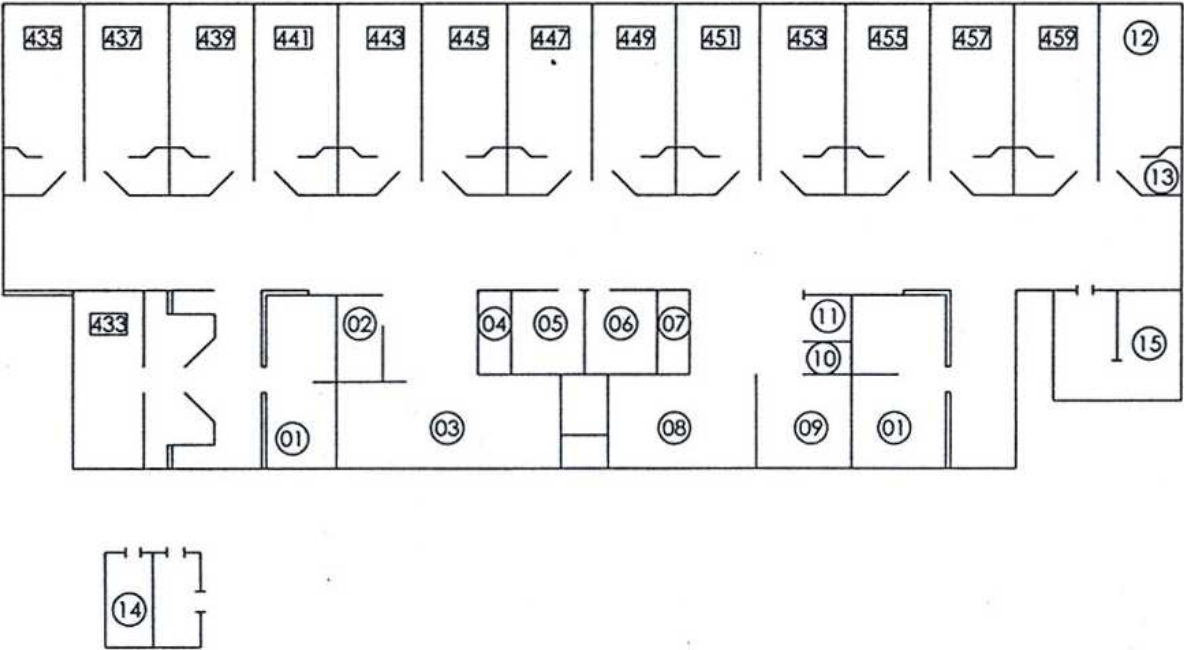
88. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 393-403.
89. Van Gennep A. Os ritos de passagem. Petrópolis: Vozes; 1978. (Antropologia 11).
90. DaMatta R. Individualidade e liminaridade: considerações sobre os ritos de passagem e a modernidade. *MANA* 2000; 6(1):7-29.
91. Douglas M. Purity and danger. London: Routledge & Kegan Paul; 1966.
92. Turner VW. The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual. New York: Cornell University Press; 1991.
93. Leach ER. Anthropological aspects of language: animal categories and verbal abuse. In: Lenneberg EH (org.). New directions of the study of language. Cambridge: The MIT Press; 1964. p. 22-63.
94. Park RE. Race and culture. Glencoe, Ill: The Free Press; 1950.
95. Psaros J. Cinema e Psicanálise. [serial on-line] 2002 [acesso em 17 de out de 2007]. Disponível em http://www.mnemocine.com.br/oficina/040802cine_psica.htm.
96. Fernandes ALS. Cinema e psicanálise. [serial on-line] [acesso em 16 de out de 2007]; Disponível em: <http://cbp.org.br/rev2807.htm>.
97. Felli VEA, Tronchim DMR. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P. (coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.89-107.
98. Marx K. O capital: crítica da economia política. 3 ed. São Paulo: Nova Cultural; 1988.
99. Lunardi Filho WD, Leopardi MT. O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande: GRAFURG; 1999.
100. Silva VEF. O desgaste do trabalhador em enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1996.
101. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Ass Med Brasil* 1998; 44(2): 135-40.
102. Martins LAN. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Bras Clin Terap* 1991; 20(9): 355-64.
103. Richings JC, Khara GS, McDowell M. Suicide in young doctors. *Br J Psychiat* 1986; 149: 475-8.
104. Simon W, Lumry GK. Suicide among physician-patient. *J Nerv Ment Dis* 1968; 147(2): 105-12.

105. Cavestro JM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. J Bras Psiquiatr 2006; 55(4): 264-7.
106. Menzies I. The functioning of organizations as social systems of defense against anxieties. London: Institute of Human Relations; 1970.
107. Merhy EE, Onoko R (edit.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 2007.



ANEXOS

ANEXO 1 – PLANTA FÍSICA DO CENÁRIO CULTURAL



DISTRIBUIÇÃO DA PLANTA FÍSICA	
LOCAL	ESPECIFICAÇÃO
01	Posto de enfermagem
02	Serviço de Nutrição e Dietética
03	Sala de Reuniões
04	Porta Pronto-socorros
05	Expurgo
06	Sala do Café
07	Armário de Materiais
08	Sala de Procedimentos
09	Arsenal e Rouparia
10	Sala de Nebulizadores
11	Direção de Serviços Gerais
12	Quarto dos Médicos Plantonistas
13	Banheiro da Equipe Multiprofissional
14	Sala da Diretoria
15	Sala da Supervisão de Enfermagem
Tabela geral	
DESENHO	LUCAS MELO
UNIDADE	ENFERMARIA DE CIRURGIA DO TRAUMA E EMERGENCIA CLINICA
DATA	JUNHO 2009

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 06/08/08.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 555/2008 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0448.0.146.000-08

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “OS BASTIDORES DE UMA ENFERMARIA CIRÚRGICA: SIGNIFICADOS DAS INTERAÇÕES SOCIAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ESPAÇO FÍSICO DA COPA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Lucas Pereira de Melo

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/07/2008

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/07/09 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Interpretar os significados das interações sociais entre os profissionais de saúde de uma Unidade Cirúrgica no espaço físico da copa, com base na perspectiva dramática de Erving Goffman.

III - SUMÁRIO

Os sujeitos selecionados são frequentadores do espaço físico da copa da enfermaria de um centro cirúrgico e passarão por uma entrevista etnográfica que visa a conhecer o significado da copa para seus usuários. Os critérios de inclusão estão bem delimitados bem como os sujeitos e o método.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto está adequado e redação do TCLE é clara e se ajusta à pesquisa em questão. O orçamento (de R\$ 400,00) é para material de consumo e é por conta do pesquisador.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 - Campinas - SP

fone (019) 3521-8936
fax (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de julho de 2008.


Prof. Dra. Carmen Sylvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



**CIDADE UNIVERSITÁRIA “ZEFERINO VAZ”
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS**

DECLARAÇÃO

De acordo com solicitação do Enfermeiro **LUCAS PEREIRA DE MELO**, RA 077592, mestrando em Enfermagem pela FCM/Unicamp, autorizamos a realização de fotografias da estrutura física da copa de funcionários e demais áreas da Emergência Clínica e Cirurgia do Trauma.

As referidas fotografias foram realizadas sob a supervisão da Enfermeira Vera Lúcia Moura Soares Simmelink, diretora de enfermagem da EE/CT, tendo sido observados os critérios de não fotografar pacientes, familiares e/ou funcionários da unidade.

O material será utilizado na Dissertação de Mestrado do Enfermeiro acima especificado, sob a orientação do Profº Drº Marcos de Souza Queiroz de acordo com o parecer nº 555/2008 do Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/Unicamp

Campinas, 25 de junho de 2008.


ANTONIO ALBERTO RAVAGNANI
Supervisor de Seção Relações Públicas e Imprensa
HOSPITAL DE CLÍNICAS/UNICAMP
Matr. 14.347-2/ Contrerp. 3387


Vera Simmelink
Enfº Diretora SEETTP
Matr. 224863
COREN - 13583



APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

TÍTULO DA PESQUISA: DIMENSÕES ESTRUTURAIS E SIMBÓLICAS DE UM ESPAÇO HOSPITALAR: estudo antropológico de uma enfermaria cirúrgica em Campinas-SP

Eu _____, abaixo assinado, dou meu consentimento como voluntário deste projeto de pesquisa, sob a responsabilidade do pesquisador **Lucas Pereira de Melo**, membro da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas-SP.

1. O objetivo da pesquisa é interpretar alguns elementos da cultura de uma enfermaria cirúrgica do HC/Unicamp.
2. Esta pesquisa irá contribuir para conhecer as realidades locais onde os profissionais de saúde desempenham cotidianamente suas atividades.
3. Durante o estudo o pesquisador irá realizar observações participantes, entrevistas etnográficas, aplicação de questionário socioeconômico com os profissionais da Unidade e fotografias da estrutura física do serviço. Os dados da observação serão registrados no diário de campo do pesquisador, as entrevistas serão registradas em áudio e transcritas na íntegra e os resultados do questionário analisados estatisticamente.
4. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
5. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa e que isso não irá prejudicar minhas atividades profissionais.
6. Fui avisado que não terei de pagar e nem receberei dinheiro por participar da pesquisa.
7. Meus dados pessoais serão mantidos em segredo.
8. Estou recebendo do pesquisador uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
9. Poderei entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento pelo telefone celular (19) 8131-0946 ou por e-mail lpmelo@fcm.unicamp.br.
10. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNICAMP para apresentar reclamações em relação à pesquisa, através do telefone (19) 3521.894, no horário das 9h às 17h.

Campinas-SP, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Prezados senhores e senhoras,

Este questionário tem como objetivo conhecer os aspectos socioeconômicos que caracterizam os (as) participantes deste estudo. Não é necessário identificar-se para garantir o anonimato e sigilo das informações.

Com as informações nele constantes, o pesquisador pretende conhecer melhor o perfil dos(as) participantes.

DESDE JÁ, AGRADECEMOS SUA VALIOSA COLABORAÇÃO!

1. Qual o seu sexo?

- (A) Feminino.
- (B) Masculino.

- (G) Ensino superior completo.
- (H) Pós-graduação.
- (I) Não sei.

2. Em que ano você nasceu?

3. Como você se considera?

- (A) Branco(a).
- (B) Pardo(a).
- (C) Preto(a).
- (D) Amarelo(a).
- (E) Indígena.

6. Qual a função que você desempenha nesta Instituição?

- (A) Enfermeiro.
- (B) Médico/Docente.
- (C) Médico/Residente.
- (D) Fisioterapeuta.
- (E) Nutricionista.
- (F) Assistente Social.
- (G) Psicólogo.
- (H) Técnico de Enfermagem.
- (I) Técnico Administrativo.
- (J) Outra: _____

3. Qual seu estado civil?

- (A) Solteiro(a).
- (B) Casado(a) / mora com um(a) companheiro(a).
- (C) Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a).
- (D) Viúvo(a).

7. No momento, em quantas instituições você trabalha?

- (A) Uma.
- (B) Duas.
- (C) Três.
- (D) Quatro.
- (E) Cinco ou mais.

4. Quantos filhos você tem?

- (A) Um.
- (B) Dois.
- (C) Três.
- (D) Quatro ou mais.
- (E) Não tenho filhos.

5. Até quando você estudou?

- (A) Não estudou.
- (B) Da 1ª à 4ª série do ensino fundamental (antigo primário).
- (C) Da 5ª à 8ª série do ensino fundamental (antigo ginásio).
- (D) Ensino médio (2º grau) incompleto.
- (E) Ensino médio (2º grau) completo.
- (F) Ensino superior incompleto.

8. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar?

- (Considere a renda de todos que moram na sua casa.)
- (A) Até 1 salário mínimo (até R\$ 415,00 inclusive).
- (B) De 1 a 2 salários mínimos (R\$ 415,00 a R\$ 830,00 inclusive).

- (C) De 2 a 5 salários mínimos (R\$ 830,00 a R\$ 2.075,00 inclusive).
- (D) De 5 a 10 salários mínimos (R\$ 2.075,00 a R\$ 4.150,00 inclusive).
- (E) De 10 a 15 salários mínimos (R\$ 4.150,00 a R\$ 6.225,00 inclusive).
- (F) De 15 a 20 salários mínimos (R\$ 6.225,00 a R\$ 8.300,00 inclusive).
- (G) Mais de 20 salários mínimos (mais de R\$ 8.300,00).

9. Qual a sua jornada de trabalho diária (em horas)?

- (A) 6 horas/dia.
- (B) 8 horas/dia.
- (C) 12 horas/dia.
- (D) 18 horas/dia.
- (E) 24 horas/dia.

10. Em qual turno você trabalha nesta Instituição?

- (A) Manhã (plantão de 6h).
- (B) Tarde (plantão de 6h).
- (C) Diarista (8h diárias).
- (D) Diurno (12h diárias).
- (E) Noturno (plantão de 12h).

10. Há quanto tempo você tem vínculo empregatício nesta Instituição?

- (A) menos de 5 anos.
- (B) de 5 a 10 anos.
- (C) de 10 a 15 anos.
- (D) de 15 a 20 anos.
- (E) de 20 a 25 anos.
- (F) de 25 a 30 anos.
- (G) mais de 30 anos.

11. Você é natural (nasceu) de Campinas-SP?

- (A) Sim.
- (B) Não.

12. Se você respondeu NÃO na questão 11, qual seu lugar de origem?

1. Você pode falar sobre sua história aqui no HC desde sua admissão até hoje?
2. Qual a postura/atitude que você assume quando está desempenhando sua profissão aqui na Enfermaria Cirúrgica?
3. Agora vamos conversar sobre a copa. Qual o significado da copa para você?
4. Por que você vai à copa?
5. Sobre o que você costuma conversar na copa?
6. Qual a postura/atitude que você assume enquanto conversa com os colegas na copa?
7. Qual a importância dessas conversas que acontecem na copa para você?
8. Existe alguma situação especial que você já vivenciou e que se relaciona com a copa?
9. Como você acha que os usuários e familiares percebem a copa?
10. E se fossem desativar ou reestruturar a copa, qual seria sua opinião?
11. O que significa, para você, trabalhar aqui na Enfermaria Cirúrgica/HC/Unicamp?

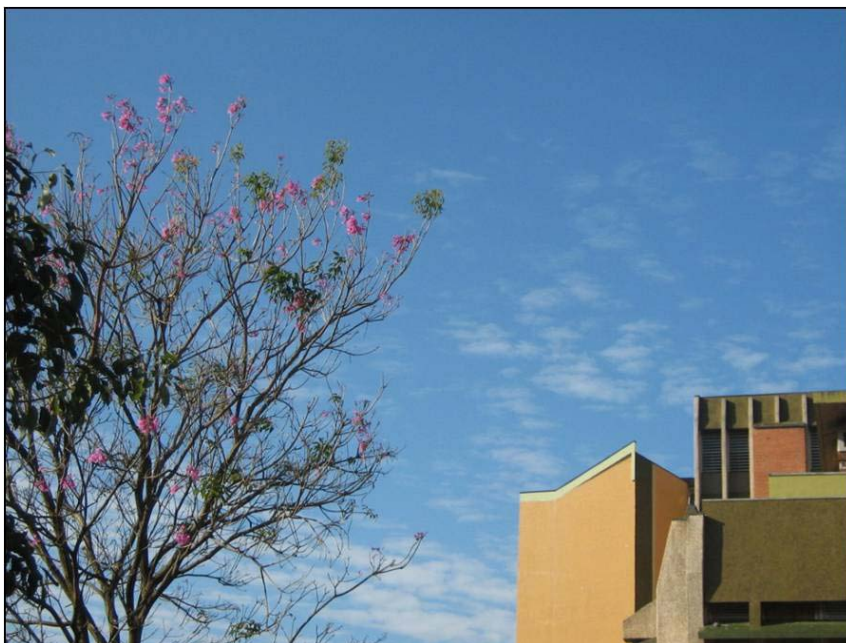


Figura 3 – Área externa do HU. Foto: Tiago Elídio.



Figura 4 – Corredor de acesso aos elevadores. Foto: Tiago Elídio.



Figura 5 – Corredor de acesso à Enfermaria Cirúrgica. Foto: Tiago Elídio.



Figura 6 – Vista externa através da janela do corredor de acesso à Enfermaria Cirúrgica.
Foto: Tiago Elídio.



Figura 7 – Pátio em frente à Enfermaria Cirúrgica. Foto: Tiago Elídio.



Figura 8 – Posto de Enfermagem da Enfermaria Cirúrgica. Foto: Tiago Elídio.



Figura 9 – Corredor interno que interliga a Enfermaria Cirúrgica à Enfermaria de Emergência Clínica. Foto: Tiago Elídio.



Figura 10 – Copa ou sala do café da Enfermaria Cirúrgica e da Enfermaria de Emergência Clínica. Foto: Tiago Elídio.



Figura 11 – Espaço físico da copa da Enfermaria Cirúrgica e da Enfermaria de Emergência Clínica. Foto: Tiago Elídio.



Figura 12 – Piano no pátio externo em frente à Enfermaria Cirúrgica. Foto: Tiago Elídio.

QUADRO PARA CONSTRUÇÃO DE DOMÍNIOS CULTURAIS

DOMÍNIO CULTURAL: _____

RELAÇÃO SEMÂNTICA: _____

FORMA: _____

QUESTÃO ESTRUTURAL: _____

Termos Incluídos	Relação Semântica	Termo Coberto