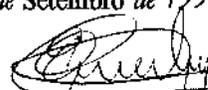


UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

*Este exemplar corresponde à versão final da Tese de
Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP,
para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.
Campinas, 29 de Setembro de 1998.*



Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

A ENFERMEIRA: UMA PROTAGONISTA QUE PRODUZ O CUIDADO NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE

Rita de Cássia Duarte Lima

Campinas
1998

Rita de Cássia Duarte Lima

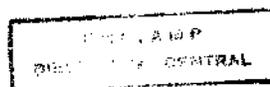
**A ENFERMEIRA: UMA PROTAGONISTA QUE
PRODUZ O CUIDADO NO COTIDIANO DO
TRABALHO EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Área Planejamento e Administração em Saúde – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy.

Campinas

1998



11/26/14 8

Banca examinadora da tese de Doutorado

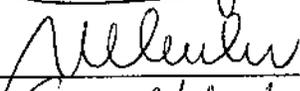
Orientador: EMERSON ELIAS MERHY

Membros:

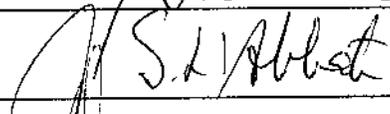
1.



2.



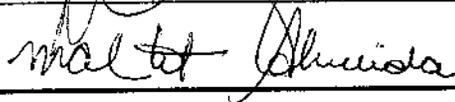
3.



4.



5.



Curso de pós-graduação
Estadual de Campinas.

da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade

Data:

Para nossas crianças:

João Victor, meu filho;

Rafael e Gabriela, meus sobrinhos;

poro muito que vocês têm significado em nossas
vidas.

AGRADECIMENTOS

Certamente, muitas pessoas contribuíram para a realização e finalização deste estudo, das mais diferentes formas: discutindo o tema, provocando-nos com questões nem sempre claras ou percebidas por nós mesmos, incentivando-nos para fazer esta pesquisa e seguir nossa trajetória. Sem desconsiderar a contribuição de todos, gostaríamos de destacar algumas pessoas:

Emerson Elias Merhy, meu orientador, que foi insubstituível no seu papel. Eu lhe sou muito grata por ter entendido as minhas limitações e limites, mas nem por isso deixando de me instigar e vivenciar comigo o que chamou de crise de paradigma. Foi um prazer esse período de convivência, que me enriqueceu intelectualmente, mas principalmente como pessoa e protagonista do mundo do trabalho em saúde.

Agradeço o afeto e carinho com que eu e depois meu filho João Victor fomos acolhidos por Herminia, sua esposa, quando muitas vezes invadimos a casa de vocês, para ser orientada. Muito obrigada pela carinhosa acolhida, convivência e compartilhamento de nossas ansiedades como doutoranda.

Aos colegas do departamento de enfermagem do Curso de Graduação em Enfermagem, ao assumirem a minha carga horária; e aos colegas mais próximos pelas discussões, leituras, ansiedade e paciência...

Aos meus alunos, pelo muito que vocês têm contribuído para o meu crescimento profissional, me instigando a ir em frente e a acreditar que mudar é possível.

Às colegas enfermeiras do HUCAM, pela acolhida, incentivo e apoio para que essa pesquisa se realizasse. Sou muito grata a vocês pela confiança que depositaram em mim. Espero retribuir todo apoio que obtive de todas vocês. Agradeço, em especial, às colegas que se dispuseram, voluntariamente, a ser auxiliares da pesquisa, no campo empírico.

À instituição HUCAM, tanto na gestão do Dr. João Batista Possato, quando na do Dr. Paulo Peçanha, que abriram a instituição, sem restrições, para que o estudo se realizasse.

À Unicamp, em particular à Faculdade de Ciências Médicas – Departamento de Medicina Preventiva e Social, pela acolhida e por tudo que pudemos vivenciar nessa instituição.

Aos colegas de jornada no Doutorado, especialmente Elida, Marina, Hugo e Ivo, pela solidariedade nos momentos de angústias e dúvidas.

A Alina, pela delicadeza, incentivo e solidariedade no processo de revisão do português, muito obrigada pela sua disponibilidade.

Ao Sérgio, digitador, que nos acolheu no limite do nosso *stress*, realizando, com muita paciência, a digitação final e editoração desta pesquisa.

Gostaria de deixar registrado todo o meu agradecimento, afeto e amor a João Victor, meu filho, pela sua existência e por me permitir ver o mundo com outros olhos.

A Mauro, meu companheiro, que, além do seu amor, amizade e solidariedade, tem me estimulado a apreender, cotidianamente, sobre mudar e, nesse processo, tem sido meu grande incentivador.

A meus irmãos: Alarico, Emerentina (Mereco), Regina, Cláudia e Altinho, por, apesar das perdas familiares, não termos perdido os elos da amizade, solidariedade e do afeto. Obrigado por tudo que representam para mim.

Agradeço a Deus, por ter me dado todas as condições físicas e mentais para não desistir no meio do caminho, colocando, inclusive, nessa caminhada e na minha história de vida, Mauro, meu amor e João Victor, meu filho.

PARA NÃO ESQUECER

...Não me lembro mais onde foi o começo, foi por assim dizer escrito todo ao mesmo tempo. Tudo estava ali, ou devia estar, como no espaço-temporal de um piano aberto, nas teclas simultâneas do piano. Escrevi procurando com muita atenção o que estava organizando em mim e que só depois da quinta paciente cópia que passei a perceber. Meu receio era de que, por impaciência com a lentidão que tenho em compreender, eu estivesse apressando, antes da hora, um sentido. Tinha a impressão de que, mais tempo eu me desse, e a história diria sem convulsão o que ela precisava dizer. Cada vez mais acho tudo uma questão de paciência, de amor criando paciência, de paciência criando amor.

Clarice Lispector

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1	20
1 DESENHO DO ESTUDO	20
1.1 As representações sociais: significando as revelações dos modos e estilos do trabalho das enfermeiras	23
1.2 Objetivos	27
1.3 Trajetória do estudo	27
1.4 O lugar da investigação	37
1.5 O cenário institucional da pesquisa	39
1.6 Reproduzindo o campo empírico	46
1.7 Revisitando o campo da pesquisa	49
CAPÍTULO 2	57
2 A CONSTRUÇÃO DO QUADRO TEÓRICO	57
2.1 (Re)visitando o significado do trabalho numa sociedade em mudança	57
2.1.1 Produzindo um paradigma: a gerência científica	62
2.2 Desvendando o cotidiano do trabalho	66
2.2.1 Protagonizando o trabalho em saúde	79
2.3 A enfermagem: protagonizando o agir cuidador em saúde	86
2.3.1 A enfermagem: protagonizando mudanças nas lógicas institucionais no trabalho em saúde	92
CAPÍTULO 3	100

3	A FALA DOS PROTAGONISTAS	100
3.1	Um olhar sobre o protagonismo ou sobre os modos de se ver e serem vistos como agentes protagonistas	104
3.1.1	Os instituintes e instituídos em ação no cotidiano das enfermeiras	108
3.2	Os estilos de ação político-institucionais: seus protagonismos e a forma como vão se revelando os protagonistas	113
3.2.1	As muitas cenas produzidas pela cotidianidade	130
3.3	As enfermeiras administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais: três cenas que se completam	131
3.3.1	A enfermagem administrando	134
3.3.2	A enfermagem cuidando	151
3.3.3	A enfermagem se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais	161
3.3.4	Outros protagonistas buscando significados para o trabalho das enfermeiras	170
3.4	Recursos Humanos: um problema para a supervisão no trabalho das enfermeiras	176
3.4.1	A escala: (des)vendando poderes	187
3.4.2	O ritual cotidiano da passagem de plantão	197
3.4.3	O absenteísmo: um revelador institucional	207
	CAPÍTULO 4	222
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	222
5	SUMMARY	229
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	230

RESUMO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o trabalho das enfermeiras. Teoricamente, iniciamos nossas reflexões acerca desse tema em nosso curso de Mestrado em Educação, na década de 80, quando buscamos apreender a percepção das enfermeiras sobre as contradições entre o ensino e a prática da enfermagem. Na ocasião, muitas outras indagações emergiram e ficaram sem respostas ou mesmo sem compreensão. Tanto no Mestrado quanto neste estudo, o Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) fez parte do cenário escolhido para a produção do campo empírico. Dentre os motivos que nos levaram a escolher essa instituição, certamente a nossa inserção profissional/institucional reforçou, na atual pesquisa, os motivos que nos levaram a tomar novamente esse local e nele o trabalho cotidianamente produzido pelas enfermeiras/enfermagem. Assim, esta pesquisa propõe-se a realizar um estudo sobre o trabalho das enfermeiras, utilizando como fonte metodológica a Teoria das Representações Sociais, buscando apreender os estilos de ação político-institucionais das protagonistas ao cotidianamente estarem organizando essa prática. Os dados empíricos foram mostrando os modos como as enfermeiras **se vêem e são vistas** pelos distintos protagonistas institucionais, sendo esses modos, muitas vezes, pautados em ações que se respaldaram num agir que emergiu da **impotência ou pela potência** das protagonistas em ação proporem e imprimirem mudanças. No que diz respeito aos **estilos de ação político institucionais**, percebemos a dinamicidade dos movimentos que produzem esses estilos dados, muitas vezes, pelas ações que se constituíram como: **conservadoras, submissas**; mas emergiram também enquanto ações que eram tanto **transformadoras**, como podiam ser **autoritárias** ou mesmo **participativas**. O estudo nos permitiu vislumbrar a necessidade de se potencializar **estilos de ação político-institucionais transformadores** que tomem o processo de trabalho e a gestão cotidiana desse processo de forma **participativa e compartilhada** entre os diferentes protagonistas institucionais. Agindo como facilitadores da produção de autogoverno desses trabalhadores, incentivando, ainda, situações que qualifiquem o trabalho, mas também a vida dos protagonistas na relação com o seu “fazer” profissional.

INTRODUÇÃO

Transformar é alterar a realidade ao mesmo tempo em que se muda a maneira de pensar, e crer no poder das idéias; nos limites da realidade e na capacidade infinita de os seres humanos buscarem novas formas de ser e de agir.

Paulo Roberto Motta

Esta pesquisa foi se produzindo a partir do acúmulo de experiências, críticas, contradições, dúvidas e mesmo das alternativas que têm sido vislumbradas para nossa área de trabalho, que é a área de saúde/enfermagem.

De certa forma, podemos afirmar que o arcabouço teórico que tem nos sustentado iniciou-se no Mestrado, quando tivemos oportunidade de apreender as muitas contradições que emergem do processo de ensino e prática da enfermagem, através do olhar das enfermeiras.

Nesse sentido, tomamos novamente as enfermeiras como objeto de estudo, tendo como principal hipótese, para a presente pesquisa, a organização do trabalho de enfermagem/enfermeiras, a partir da constatação dos processos de fragmentação dessa prática e o quanto isso tem gerado insatisfação, no interior dos próprios operadores desse trabalho.

Essa situação, somada a outras, tem se constituído, assim, num facilitador para o empobrecimento das muitas dimensões do trabalho na enfermagem, em particular no que se refere ao papel de cuidadores dessas profissionais.

Isso não nos tornou impotentes diante dessa constatação; ao contrário, fomos buscando e descobrindo linhas de fugas,¹ que nos permitiram acreditar na aposta de que é possível resgatar esse objeto, utilizando a própria insatisfação como possibilidade de se produzir mudanças e assim (re)construindo outros modos de organizar essa prática.

Nessa perspectiva, as reflexões e encaminhamentos deste estudo se constituíram a partir das (de)limitações dadas inicialmente pelos modos de gestão nos serviços de saúde, o que se convencionou denominar de “*problemática de Recursos Humanos para a Saúde*”, estando nela inserida a enfermagem e, conseqüentemente, o trabalho que é produzido no cotidiano por esses profissionais, em particular no cenário hospitalar,

¹ Esse termo é utilizado por Merhy (1997), como possibilidade de se operar novas situações, mudanças..., e o estamos utilizando, também nesse sentido, de “busca” de alternativas, ao que está dado.

As inquietações, no que se refere a esta temática, se iniciaram no transcorrer da nossa inserção no “mundo da enfermagem” já no processo de formação, na década de 70, como aluna do Curso de Graduação na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Naquela época, ao nos depararmos com os problemas institucionais e profissionais do dia-a-dia, percebemos muita insatisfação entre os trabalhadores em relação à forma de se organizar o trabalho na enfermagem.

Notávamos, como limitações mais imediatas, a realidade imposta pelo perfil de uma força de trabalho desprofissionalizada,² ao lado de uma série de outras situações, como as “dificuldades” de relacionamento entre os diferentes profissionais de saúde; a baixa valorização dos trabalhadores de enfermagem; a convivência com modelos de organização do trabalho na enfermagem, calcada em ações que visavam (visam) muito mais facilitar o trabalho dos outros profissionais do que concretizar os objetivos do próprio trabalho da enfermagem.

Já naquela época, percebiam-se os incômodos por parte de alguns trabalhadores, com o papel eminentemente administrativo/burocrático das enfermeiras, o que nos levava a constantemente colocar em questionamento a ênfase dada pelos professores para convencer as alunas, futuras enfermeiras, de que a enfermagem tem como principal “objeto” de trabalho as ações de assistência direta ao paciente, ou seja, o cuidado de enfermagem³ prestado diretamente ao paciente.

Nessa época, tínhamos como certeza que a “melhoria da assistência”, por meio do trabalho executado pela enfermagem, em seus diferentes níveis de formação, seria alcançada, caso fosse privilegiada, como linha de ação, a necessidade inadiável de qualificar a equipe de enfermagem, ou mesmo a retornada integral do cuidado direto aos pacientes pelas enfermeiras. Embora essas ações fossem importantes, elas eram produzidas sem muita criticidade do que seja, esse cuidar na enfermagem, fragmentando, assim, os problemas e as alternativas ao mesmo.

² Cerca de 70% do pessoal de enfermagem, na época, era composta por pessoal sem habilitação profissional (não qualificada profissionalmente) para exercer a enfermagem no nível elementar: os atendentes de enfermagem, segundo dados da ABEN/COFEN (1985).

³ O cuidado de enfermagem tem sido entendido limitado às ações/intervenções diretas sob o corpo da paciente, tais como, higienização, curativos... ou mesmo o manuseio de equipamentos tecnológicos que tenham ação direta sobre a assistência ao paciente, como respiradores, injeções...

Mas as incertezas, se esse efetivamente era o caminho, felizmente acabaram nos aproximando dos debates sobre a gestão dos serviços, uma vez que as dúvidas eram maiores que nossas certezas, em particular, as que diziam respeito aos Recursos Humanos. Isso nos possibilitou, como aluna dos últimos de Graduação em Enfermagem, a nossa inserção, como instrutora, em programas de treinamento e capacitação do pessoal de enfermagem no nível elementar, nos cursos de capacitação, oferecidos pelo Instituto Estadual de Saúde Pública – IESP, em Vitória, Espírito Santo.

Já enfermeira assistencial, a partir de 1981, nos Hospitais Pedro Fontes (HPF) e, posteriormente, no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) e, em 1983, ao assumirmos a coordenação da Seção de Enfermagem no Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), estávamos agora inserida com olhar profissional nesse cotidiano e pudemos perceber que, embora fosse necessário “qualificar a equipe de enfermagem”, outras questões se mostravam também relevantes e “inadiáveis” com vistas a se reorganizar o trabalho da enfermagem nessas instituições e buscar alternativas para melhorar a assistência à saúde.

Nesse sentido, a realidade dada pelas ações do cotidiano foi mostrando a necessidade de privilegiar diversos outros problemas institucional-profissionais, para os quais não estávamos atenta e mesmo preparada, do ponto de vista teórico e prático, devido, especialmente, à falta de conhecimento e experiência de outros métodos para “gerenciar” e reorganizar o processo de trabalho da equipe de enfermagem, de forma diferente daqueles com que já estávamos acostumada.

Apesar de nossa inexperiência, já percebíamos que o modo de administrar os serviços nos espaços de trabalho mostrava-se insatisfatório para o conjunto dos agentes institucionais e, conseqüentemente, limitado para melhorar a qualidade da assistência e mesmo para dar conta das políticas de saúde e os modelos assistenciais que lhes davam suporte.

Fomos percebendo, nessa trajetória, que cotidianamente tínhamos que lidar com as resistências dos profissionais a qualquer proposta de mudança naquilo que já estavam acostumados a fazer. Tivemos que lidar com um crescente absenteísmo e outros problemas crônicos na instituição/profissão, tais como: a desmotivação; os baixos salários; a falta de expectativas para se reverter os principais motivos de insatisfação; a baixa escolaridade do

peçoal de enfermagem que necessitava ser profissionalizado; além da flagrante dicotomia entre as ações de cuidar e as ações de administrar pelas enfermeiras. Tudo isso associado ao caráter burocrático dado ao trabalho que se ia produzindo.

Um outro problema percebido estava localizado na falta de continuidade das metas de trabalho, principalmente quando da substituição dos dirigentes nas instituições públicas de saúde e mesmo pela inexistência de pessoal qualificado (já formado), de nível médio, para ser admitido para as instituições, uma vez que, na época (1983), havia um déficit de cerca de 2.500 auxiliares de enfermagem,⁴ para atender às necessidades assistenciais para a expansão dos leitos hospitalares, apenas na região da Grande Vitória.⁵

Assim, a realidade do dia-a-dia foi se mostrando muito mais complexa do que à primeira vista se pôde apreender. Essa constatação permitiu-nos um delineamento mais objetivo, dando uma visão mais real e menos (pré)concebida do que fosse o trabalho da enfermagem e suas articulações com o conjunto das práticas do sistema de saúde. Pudemos, nesse processo, constatar que, entre as necessidades dos serviços e o idealizado pelo ensino de enfermagem nos Cursos de Graduação, existem divergências e contradições marcantes, em particular no que se refere às parcialidades nos papéis idealizados da assistência versus a realidade do fazer a administração do serviço de enfermagem e as formas de se estabelecer relações entre o conjunto dos agentes institucionais.

Desse ponto de vista, olhar e vivenciar o dia-a-dia institucional/profissional foi nos proporcionando, em muitos momentos, a apreensão das diferentes formas de perceber a realidade e buscar entender as muitas crises pelas quais têm passado as instituições/profissões, ao estarem dando conta dos seus múltiplos papéis, inclusive o de cuidador no cenário do trabalho em saúde. Nesse processo, temos prestado atenção para as formas como, nesses espaços, têm se viabilizado as políticas de Recursos Humanos, a organização dos diferentes processos de trabalho e as relações entre os diferentes protagonistas que conformam a realidade do trabalho nas instituições de saúde.

⁴ Dados contidos no relatório anual da chefia da seção de enfermagem do IESP, solicitando a abertura de cursos para a formação de auxiliar de enfermagem, em caráter emergencial, para atender às necessidades de pessoal da enfermagem de nível médio, tendo como principal justificativa o déficit quantitativo desses profissionais, na região da Grande Vitória.

⁵ A Grande Vitória é formada pelos municípios: Vitória, Vila Velha, Viana, Serra e Cariacica.

Tem chamado nossa atenção, enquanto docente da disciplina “Administração em Enfermagem”, os seus conteúdos programáticos, nos diversos currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem e os modos de ensinar os enfermeiros a administrar o serviço de enfermagem; organizar a supervisão e, nesse processo, constituir-se em “chefe” do serviço de enfermagem. Também é instigante observar, nos serviços, como cotidianamente as enfermeiras, ao reproduzirem partes do processo de trabalho em saúde, fabricam e enfrentam o papel de “administradores ou gerentes” da assistência de enfermagem, produzindo, assim, modos muito particulares de “se ver e serem vistas” nas instituições, ao mesmo tempo em que vão produzindo estilos de ação político-institucionais que são singulares a essa prática, no conjunto do gerir e produzir o trabalho em saúde.

Nesse caminhar profissional, temos feito críticas e autocríticas, em especial aos processos pedagógicos privilegiados para dar conta do processo de formação das enfermeiras, uma vez que temos tido a oportunidade de perceber que os mesmos têm se colocado como dificultadores do processo de aprendizado, não favorecendo a aproximação das alunas, futuras enfermeiras, a processos de trabalho criativos, prazerosos e muito menos humanizados e solidários com as necessidades da clientela usuária dos serviços de saúde.

O que se tem observado é que os processos pedagógicos, no processo de formação e, conseqüentemente, nas práticas profissionais, muitas vezes são postos como obstáculos para (re)fazer tanto a formação quanto as práticas profissionais e institucionais, uma vez que, em última instância, tomando como exemplo os alunos dos Cursos de Graduação em Enfermagem, percebemos que os processos de ensino/aprendizagem têm privilegiado o conservadorismo, o distanciamento entre as necessidades dos usuários e não têm sido propiciadores de uma “real” aproximação dos alunos com os usuários dos serviços; e também não favorecem a integração com outros profissionais de saúde, inclusive da própria equipe de enfermagem e muito menos com as instituições e a comunidade demandante da assistência de enfermagem.

Os processos pedagógicos que se têm privilegiado não procuram promover um olhar dos alunos para o seu futuro papel profissional na equipe de saúde, apontando para as mudanças naquilo que se põe como problema e dificultador de uma maior eficiência e visibilidade do trabalho desses profissionais no conjunto das práticas de saúde.

Assim, concordamos com Ferraz (1995), quando a autora faz críticas ao notório distanciamento do processo de formação das enfermeiras e da produção científica desses profissionais, particularmente, no que se refere aos “problemas e lacunas da prática profissional da enfermagem” e mesmo aos problemas mais comuns, associados às questões da saúde e da sociedade de forma mais geral. Para a autora, o “cuidado de enfermagem” é cada vez menos objeto de nossas pesquisas, sendo muitas vezes desarticulado das grandes questões éticas e políticas da profissão.

Ao se referir a uma “*prática eminentemente concreta da enfermagem*”, a autora associa a mesma à importância de que o saber da enfermagem esteja incorporado ao “*cuidado direto ao doente, através das atividades de propedêutica de enfermagem*”, entendidas essas atividades integradas e articuladas, enquanto ações assistenciais, ou seja, do cuidado direto e das ações administrativas, relacionadas às questões organizacionais do processo de trabalho de enfermagem. Mostra, ainda, a necessidade de que as ações propedêuticas de enfermagem estejam articuladas de modo a proporcionar, também, complementaridade das ações decorrentes do ato médico e de outros profissionais.

De certa forma, com muitas dessas preocupações já no Mestrado, fomos em busca de respostas e suportes teóricos que possibilitassem não só refletir sobre os problemas que constroem o “mundo da saúde”, mas compreender as contradições do ensinar e praticar a enfermagem, nos vários espaços institucionais onde esses processos se concretizam.

É assim que temos percebido que, ao se pôr em ação o trabalho, nas instituições de saúde, realizado pelos diferentes trabalhadores, destaca-se o cumprimento automatizado das normas e rotinas impostas pelos profissionais. Pode-se citar, como exemplo, a realização de alguns procedimentos que se tem efetivado, de modo a atender às conveniências da organização do trabalho da enfermagem ou do restante da equipe de saúde, considerando-se muito pouco os desejos, as necessidades, os hábitos e o bem-estar do paciente e mesmo as necessidades institucionais. Os interesses têm se feito de forma bastante corporativas, uma vez que não têm como central as necessidades e demandas dos usuários desses serviços.

Desse modo, nesses espaços, em nome das normas e das rotinas institucional-profissionais, por exemplo, “*o banho tem que ser tomado às seis horas da manhã*”, independente da vontade, hábitos e de como a noite, muitas vezes mal dormida, torna essa rotina incômoda e desumana para o paciente; assim como o ritual da visita médica e da

passagem de plantão na enfermagem seguem de forma automática e mecanizada, não tendo o paciente como centro das preocupações e atenções, ou seja, os rituais têm que ser cumpridos, pois fazem parte das cenas e da demonstração do exercício do poder que caracteriza a protagonização das práticas de saúde no cotidiano institucional.

Embora a Tese do Mestrado tenha apontado questões importantes e relevantes para se avaliar o ensino de enfermagem e, mesmo com nossa experiência profissional, não conseguimos, naquele momento, e nem posteriormente, dar conta de aprofundar as reflexões e questionamentos para as questões da prática, na forma como a mesma ia se produzindo na cotidianidade do trabalho, e conforme foi apontado pelas enfermeiras, ex-alunas do Curso de Graduação da UFES.

Assim, no nosso cotidiano institucional, nos serviços, temos ratificado as incongruências e as muitas fragilidades da formação das enfermeiras para dar conta dos problemas advindos dos modelos profissionais requeridos pelo mercado de trabalho, ou seja, a busca de “gerentes dos serviços de enfermagem”, com o intuito de organizar e hierarquizar o trabalho, como enfermeiras que atuem como elementos disciplinadores e ordenadores de tarefas para o pessoal de nível médio e elementar na enfermagem, em ambientes de trabalho tão variados e complexos, como é, por exemplo, o hospital.

A realidade do mercado de trabalho tem apontado necessidades opostas àquelas percebidas no transcorrer do processo de formação, ao ser privilegiada, idealmente, a assistência direta como principal atividade profissional das enfermeiras e parece que esse processo tem contribuído, de certa maneira, para aprofundar os processos fragmentados, que reforçam a idéia de existir incompatibilidade entre o cuidar e o administrar entre os agentes das práticas de enfermagem, em particular, no que diz respeito ao trabalho produzido pelas enfermeiras. A fragmentação entre o cuidar e o administrar, na enfermagem, tem sido sempre colocada quase como algo insuperável, por serem processos excludentes, ou seja, a prática administrativa é sempre colocada em oposição ao exercício da assistência e do cuidado direto ao paciente, vistas ambas as atividades como inconciliáveis e não como partes do mesmo processo de produzir e gerir o cuidado em saúde.

Essas contradições, como já falamos, pudemos constatar, num primeiro momento, nos resultados obtidos na Tese de Mestrado, sendo apontadas como um dos fatores

responsáveis pelo alto índice de incerteza e de insatisfação das enfermeiras pesquisadas, em relação ao seu trabalho e aos sentimentos de não pertencimento institucional e profissional.

Nos resultados obtidos no referido estudo, causaram-nos inquietação as formas espantosas como o espaço do trabalho tem se revertido, para esse grupo, em sofrimento, pela falta de perspectiva, sendo percebido como um lugar da (des)construção de sujeitos, entristecimento, *stress* e adoecimento (Lima, 1988).

De posse dos resultados obtidos neste estudo e por outras situações vivenciadas no nosso agir profissional, posteriormente, constatamos o agravamento de muitas das situações reveladas no Mestrado, uma vez que a realidade, no cotidiano dos serviços, tem demonstrado que os sentimentos de insatisfação que permeiam o viver profissional e institucional dos trabalhadores de saúde, de forma geral, tem se agravado consideravelmente em decorrência das crises de diferentes lógicas que norteiam o setor de saúde e as instituições públicas de saúde, em particular.

A experiência foi nos mostrando que olhar apenas para o processo de formação ou só para os serviços não dá conta de visualizar a complexidade da situação na qual esses setores e seus trabalhadores estão imersos. Embora esse olhar seja importante, tem se mostrado, sozinho, insuficiente para explicar e apresentar alternativas para muitas das questões que fomos apreendendo neste estudo, inclusive aquelas levantadas pelas enfermeiras nos resultados apontados no Mestrado e em muitos outros momentos do viver a realidade nos serviços. No que diz respeito aos processos de formação, percebe-se, na ação cotidiana, que, muitas vezes, as contradições produzidas nesses momentos têm sido utilizadas como futuros álibis para não se avançar nas buscas de alternativas aos muitos problemas vivenciados nas instituições e nas profissões, sendo até mesmo responsabilizados por diversas questões da prática.

Assim, mesmo reconhecendo a parcialidade e fragmentação dos resultados que temos obtido nessas oportunidades para estar refletindo sobre a enfermagem, esse tema tem nos instigado a prosseguir, seja por questões que ficaram sem respostas nos momentos da formulação das mesmas, seja porque compreendemos que os problemas vão se renovando e precisamos, assim, estar sempre atenta à produção dos mesmos.

Dessa maneira, à medida que fomos cursando as disciplinas no Doutorado e nas conversas com o orientador e alguns outros interlocutores, pudemos ratificar o quanto a

reflexão sobre o trabalho das enfermeiras, suas contribuições e fragmentações, ainda se faz relevante, para podermos vislumbrar mudanças em muitas das situações que têm se constituído como insatisfatórias, não só para a enfermagem, mas para os trabalhadores em geral e para todo o processo de gestão dos serviços e dos processos de trabalho produzidos pelos diferentes protagonistas.

Assim, estamos reafirmando, nesta pesquisa, a nossa preocupação com essa temática, uma vez que entendemos que as dúvidas, os conflitos, as contradições a respeito do trabalho da enfermagem, a partir de um recorte interessado nas enfermeiras, ainda têm muito a ser construída; em particular quando se toma como cenário o hospital, as ações que aí vão se construindo a partir da prática cotidiana dessas protagonistas e dos seus protagonismos.

O cotidiano do lugar, onde as enfermeiras constroem os seus saberes, fazeres, produzem e são produtoras das lógicas que as direcionam para determinado estilo de ação institucional, foi que nos guiou nesta pesquisa para apreendermos o nosso objeto de estudo – o trabalho das enfermeiras, enquanto cuidadoras que produzem o cotidiano hospitalar, tomando como recorte alguns momentos dessa prática, dados pelas enfermeiras administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais.

A opção para “delimitar” o cotidiano institucional das enfermeiras, como o nosso espaço para olhar essa prática, teve a ver com as perspectivas apreendidas em Merhy (1997, p.109), em que está dado que é do cotidiano que emergem as “linhas de fugas” ao que está instituído/instituindo-se, sendo então, um *“lugar vital para se pensar, o processo organizacional”*, as mudanças e o lugar dos trabalhadores nesse processo.

Então, quando estamos nos reportando aos processos que organizam o trabalho das enfermeiras, privilegiando o seu papel de cuidadoras, estamos falando também da enfermagem produzindo esse cuidado, a partir dos olhares que vão se produzindo sobre a gestão dos processos de trabalho, a partir dos muitos ruídos que atravessam esse cotidiano, podendo, assim, captar que é possível operar novas lógicas sobre o mesmo.

Este estudo está organizado em quatro capítulos. No primeiro, fomos construindo o nosso olhar metodológico, quando desenhamos a construção do objeto de estudo.

O Capítulo dois reproduziu o nosso olhar teórico, quando procuramos construir um debate teórico com os vários autores que tem contribuído com o tema do trabalho e da prática da enfermagem.

Revisitar muitos desses autores nos permitiu também ir (re)significando o trabalho da enfermagem numa sociedade em mudança, apreendendo, assim, como a enfermagem, enquanto um trabalho inserido nesta sociedade, vai produzindo e se (re)produzindo.

O Capítulo terceiro, nos permitiu revelar os protagonistas e as representações que produziram sobre este trabalho e os distintos modos como as enfermeiras “**se vêem e são vistas**” no seu espaço de trabalho. As análises e interpretações que emergiram do campo empírico permitiram, ainda, que fossem se delineando os distintos **estilos de ação político-institucionais** das protagonistas enfermeiras, ao operarem a sua prática na cotidianidade do hospital e a partir da significação dada pelos falantes sujeitos desta pesquisa.

No capítulo quatro, procuramos apresentar algumas considerações acerca do que apreendemos tanto no teórico quanto no campo empírico.

Assim, concluída a tarefa, que nem sempre se apresentou tranqüila, esperamos que os leitores deste estudo reinterpretem os debates que aqui procuramos construir, uma vez que eles representam um momento, um recorte que fizemos da realidade na qual nós, como docente e enfermeira, estamos imersa e isso certamente nos enriqueceu, mas também foi limitante para que, de nossa “cegueira”, emergissem outras possibilidades para (re)interpretar o objeto em estudo. Mas essa é a nossa contribuição provisória a esse debate, esperando que ela possa ser enriquecida por outros que venham a se interessar pela mesma.

CAPÍTULO I

...nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido em primeiro lugar, um problema da vida prática, ou seja, das relações cotidianas.

Maria Cecília Minayo

1 DESENHO DO ESTUDO

Neste estudo, tomamos como objeto o trabalho da enfermagem, procurando pesquisar os significados do que sejam os modos e estilos de gerenciar esses processos e suas formas de produzir cotidianamente o cuidado,⁶ tendo como espaço delimitado o trabalho produzido no interior das instituições hospitalares, no setor público de saúde. Esses momentos foram apreendidos, em particular, a partir dos momentos em que se produzia a enfermagem: administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais no interior de um dado serviço hospitalar, localizado no município de Vitória/ES.

Ao tomar para análise esses momentos do trabalho das enfermeiras, com o olhar analisador direcionado para o seu agir na instituição hospitalar, tínhamos como hipótese que o modo fragmentado de organizar o trabalho na enfermagem tem obstruído ou mesmo empobrecido a dimensão cuidadora dessa prática e isso gera inquietações no interior dos próprios operadores desse trabalho.

Em certo sentido, essa constatação nos permitiu identificar indicadores de possibilidades de mudanças institucionais e profissionais e, conseqüentemente, impactos nos modelos de atenção à saúde. De certa maneira, as possibilidades dadas pelos

⁶ Gerenciamento: tem sido tratado, no interior da enfermagem, de forma dicotomizada, sendo parte das ações realizadas, visando tanto à intervenção direta ao usuário, associada ao cuidado ou assistência direta ao corpo do paciente, quanto às atividades administrativas organizacionais do trabalho em saúde, que, na enfermagem, têm sido incorporadas como as ações de caráter burocrático, tais como – escala, delegação de tarefas... Neste estudo, estamos tomando para debate a discussão que vem sendo acumulada por um grupo de estudiosos sobre gerenciamento no laboratório de Planejamento e Administração em Saúde, na Unicamp (LAPA), em que “Gerenciar o Cuidado” toma uma direção mais ampla, conforme tem sido tratado por Merhy (1997), dando conta, inclusive, da efetividade dos modelos de atenção à saúde, também no que se refere à política de Recursos Humanos.

protagonistas⁷ e pelos protagonismos⁸ nos fizeram apostar nas muitas dimensões cuidadoras das enfermeiras e nas alternativas para se intervir nos processos de fragmentação das práticas instituídas nos espaços institucionais. Ao fazer esta aposta, consideramos ser possível fazer intervenções e produzir a construção desse objeto no espaço cotidiano do trabalho, tendo claro, inclusive, que, muitas vezes, o objeto foi considerado no próprio discurso das enfermeiras como irremediavelmente perdido.

Não acreditamos na hipótese do irremediável, do “não tem jeito”. A apreensão do campo e mesmo algumas experiências que temos vivenciado como enfermeira e docente na Instituição nos permitiram apostar que os ruídos, as inquietações e as várias formas de manifestar a insatisfação com o instituído têm sido, muitas vezes, paralisantes, mas têm possibilitado também a construção de um outro devir institucional que é dado pela capacidade de propor e de mudar dos protagonistas.

Assim, para nós e para muitos dos protagonistas, os ruídos e insatisfações, ao invés de serem incorporados apenas como impotência e perda das dimensões dessa prática, colocaram-se, por outro lado, como uma forma ou possibilidade de transformar, resistir e como potencialidades do grupo para deixar emergir novas proposições no agir cuidador das enfermeiras/enfermagem, pois os estilos de ação desses protagonismos foram nos mostrando as dualidades produzidas pelo agir do dia-a-dia institucional/profissional.

Muitos trabalhos teóricos que tratam das questões referentes às práticas de saúde têm dado conta de sustentar partes de nossas inquietações, uma vez que esses trabalhos têm optado por circunscrever as práticas dentro de abordagens históricas, cujas análises do processo de trabalho caminham na perspectiva da organização social das tarefas no interior das sociedades de classe, no modo capitalista de produção.

A direção da maioria desses estudos tomou, para análise do processo de trabalho, seus elementos clássicos, ou seja, a atividade em si, os objetos e os meios do trabalho, elementos que se circunscrevem no âmbito da articulação prática/estrutura social. Tal

⁷ Protagonistas: para os fins deste estudo, esse conceito foi utilizado para fazer referência aos trabalhadores de saúde, em particular ao trabalhador inserido na equipe de enfermagem, no papel de enfermeira, em momentos distintos em que produziu cotidianamente suas ações e produziu também saberes nos diferentes cenários e cenas que constituíram o processo de organização dessa prática.

⁸ O sentido de protagonismo, neste estudo, compreende as ações produzidas pelo protagonista, assim como a capacidade de esse sujeito ser ou não portador de potência para propor mudanças institucionais.

tendência tem-se observado também no bojo dos trabalhos sobre esta temática na enfermagem. Nesse sentido, alguns autores, vêm se destacando, tais como, ALMEIDA et al. (1997), PIRES (1989), MELLO (1986), ALMEIDA & ROCHA (1986).⁹

Embora se reconheça a importância dessas ênfases, elas, por si sós, não estão dando conta de explicar muitas questões que permeiam as transformações do atual mundo do trabalho. Faz-se, assim, necessário acrescentar a esta discussão elementos “outros”, que ajudem a entender o atual contexto das mudanças em marcha nos processos produtivos, em nossa sociedade.

Conforme adverte Motta (1997), a incorporação de alguns aspectos, como os referentes às relações que se estabelecem no cotidiano de trabalho, e sobre as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, revelam-se, neste momento, como da maior importância. Alguns desses aspectos estão, inclusive, suscitando, no setor de saúde, investigações, das quais podemos destacar os trabalhos de CAMPOS (1992), CECÍLIO et al. (1994), PIRES (1989, 1996), MERHY (1997), MOTTA (1997), FERRAZ (1995), LIMA (1988) e ALMEIDA (1997, 1986), dentre outros autores.

Nesse sentido, a proposta desta investigação apontou na direção de apreender o trabalho das enfermeiras,¹⁰ sob a perspectiva da cotidianidade em que são realizadas essas práticas profissionais. Procurou-se, assim, captar os discursos, os fazeres, as representações e as experiências vividas, além das observações que foram se revelando em distintos momentos, pelos diferentes profissionais que produzem o trabalho em saúde. Em torno dos mesmos, tivemos, como lugar da investigação, o espaço institucional de um hospital público – o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes – localizado no município de Vitória/Espírito Santo.

⁹ Esses trabalhos, em especial o de Almeida & Rocha (1986), constituíram-se num divisor de águas nos estudos sobre a prática da enfermagem, tendo em vista o caráter inovador das reflexões e críticas para as análises realizadas sobre o trabalho da enfermagem.

¹⁰ O recorte em ter como sujeitos da pesquisa as enfermeiras tem a ver com o papel desses profissionais na organização do trabalho da equipe de enfermagem e mesmo de organizadoras do espaço de trabalho para outros profissionais, com seu papel de cuidadoras; e, também, nossa inserção como formadora de enfermeiras, vivenciando com maior proximidade os problemas e alternativas vislumbrados por e para essa categoria. Entendemos que, ao ter o olhar mais direcionado para as enfermeiras, estamos, de certa forma, integrando este grupo ao conjunto da problemática aqui exposta, não comportando, dessa maneira, ignorar as várias nuances que compõem o mundo do trabalho no setor de saúde.

Esta pesquisa se constituiu como um estudo de natureza qualitativa, tendo como principal referência metodológica as representações sociais. Isso, de certa forma, possibilitou-nos uma aproximação do fenômeno em estudo a partir de perspectivas próprias apresentadas pelos sujeitos da pesquisa. A possibilidade de nos entranhar na realidade dos sujeitos permitiu uma maior apreensão e compreensão do mundo dos significados de onde emerge a problemática na qual sujeitos e pesquisadora estavam inseridos.

1.1 As representações sociais: significando as revelações dos modos e estilos de trabalho das enfermeiras

Em Minayo (1994, p.17), vamos encontrar que a escolha da metodologia é sempre complexa e mesmo dolorosa pelas armadilhas com que a mesma, muitas vezes, se reveste. Afirma a autora que a metodologia, além de ser o caminho do pensamento e da prática para apreender a realidade, é construída também a partir das

...concepções teóricas e do conjunto de técnicas que possibilitam a construção desta realidade". Assim, a autora entende que "nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido em primeiro lugar, um problema da vida prática ou seja das relações cotidianas.

A escolha de um tema e, conseqüentemente, da abordagem metodológica que lhe dá sustentação é, em geral, decorrente dos interesses, das intencionalidades e das muitas circunstâncias que condicionam, socialmente, determinado fenômeno. As escolhas são ainda fruto de uma determinada inserção na realidade, na qual se podem encontrar as razões e os objetivos por serem privilegiadas determinadas abordagens. Nesse sentido, as opções estão diretamente associadas às intencionalidades, tendo a ver com recortes interessados de determinada realidade.

Foi com esse entendimento que as questões problematizadas nesta investigação foram construídas, ou seja, as mesmas estão inscritas nos contextos, interesses e circunstâncias econômicas, culturais, políticas e sociais que as condicionam, tendo múltiplas causas e explicações, sendo fruto da "visão de mundo" da pesquisadora e dos protagonistas envolvidos com os processos que foram se revelando, o que significa que

eram fruto, também, da inserção da pesquisadora na realidade do cotidiano das instituições públicas de saúde, como enfermeira e docente formadora de Recursos Humanos para a Saúde.

De certa maneira, foi a necessidade de aproximação com a “realidade concreta”, vivida cotidianamente nos espaços dos serviços públicos de saúde em Vitória/Espírito Santo, que nos levou a tomar as primeiras reflexões acerca deste estudo, tendo como horizonte o contexto das crises que têm atravessado as instituições brasileiras, em particular as de saúde, e, de forma muito especial, as instaladas no interior das instituições públicas. Essas crises têm suas origens localizadas tanto na macroestrutura das instituições, pelos muitos equívocos das políticas públicas para o setor de saúde, quanto na microestrutura institucional, onde se estabelecem as relações cotidianas do trabalho em saúde.

Tem sido, justamente, nestes espaços cotidianos, que encontramos as principais razões que justificam as necessidades e relevâncias deste estudo. Assim, procuramos, neste processo, não apenas listar ou descrever fatos e problemas, mas, principalmente, adotar uma postura de interrogação e questionamentos constantes, ficando atenta aos fatos corriqueiros, rotineiros e mesmo às intercorrências que foram no período se constituindo como naturais no cotidiano institucional e profissional dos trabalhadores da enfermagem, ao estarem reproduzindo o seu trabalho em cooperação com outros membros da equipe, num determinado espaço institucional.

Nesse sentido, o problema que direcionou a pesquisa foi se delineando e tornando-se mais visível à medida que crescia o nosso incômodo e mesmo espanto com a maneira como as enfermeiras têm produzido e gerido a organização do trabalho no seu agir institucional cotidiano.

Percebemos que esse processo tem se produzido a partir da lógica da fragmentação, em que cada pessoa/profissional é responsável por parcialidades das ações cotidianas, ou seja, as enfermeiras administram; o pessoal auxiliar cuida; e alguém (impessoal), baseado sempre no outro, é o responsável pelas (geralmente péssimas) relações que se estabelecem nesses espaços.

Essa fragmentação, embora não esteja presente apenas no trabalho da enfermagem e das enfermeiras, tem contribuído de forma muito particular para a perda de algumas das dimensões desse agir, inclusive no que se refere ao papel cuidador dessa prática

profissional, do qual se destacam as questões relacionadas à humanização, à solidariedade, à tomada da defesa da vida (sua e do outro) como uma ação inseparável e constitutiva do trabalho no setor saúde.

Nesse processo, chama a atenção a perda do afeto nas relações de trabalho e mesmo a perda do valor da vida e do viver, do prazer e da felicidade como base para a conquista da qualidade de vida dos indivíduos, independente do papel que estejam protagonizando em determinado momento de suas vidas.

Percebemos que a fragmentação dos agires profissionais, nesse setor, tem sido produtora de modos singulares de “se ver e ser visto” nas ações profissionais/institucionais, ao mesmo tempo em que vai produzindo **estilos de ação político-institucionais** que se inter cruzam, criam dualidades e antagonismos, marcando assim as práticas profissionais no cotidiano institucional, em particular, ao se ter como lugar do trabalho o hospital público.

Para Heller (1992, p.14), as escolhas entre alternativas, juízos de valores e atos têm a ver com um conteúdo axiológico objetivo, em que os homens, com suas intencionalidades, jamais escolhem valores ao acaso, assim como não fazem escolhas voltadas unicamente para o bem, para a felicidade, ou mesmo para o mal. Na realidade, as escolhas, para essa autora, estão intimamente associadas “às *idéias concretas, finalidades concretas e alternativas concretas. Os atos concretos de escolhas dos indivíduos, têm a ver com as atitudes valorativas e a imagem de mundo*”.

Ao buscar fundamentação para analisar os dados empíricos, percebemos que a teoria das representações sociais poderia nos trazer grande contribuição, para apreendermos, a partir dos próprios protagonistas e seus protagonismos, os recortes interessados que constroem para explicar, produzir e vivenciar a sua realidade.

Com esse entendimento, buscamos nos fundamentar teoricamente acerca dessa abordagem metodológica e fomos captando o quanto a mesma nos ajudaria a compreender e analisar o empírico, conforme apontamos no Capítulo 3.

Alguns autores que têm travado debates sobre as representações sociais nos ajudaram nesta tarefa. Entre eles, destacamos os estudos de SILVA (1998), FIGUEIREDO (1997), MINAYO, in: JOVCHELOVITCH (1994) e SPINK (1993).

Compartilhamos com esses autores a opinião de que as representações sociais “são uma teoria em construção”. É assim que Sá, in: Figueiredo (1997, p.39), nos adverte de que as representações sociais têm sido utilizadas de

...forma bastante criativa e diversificada [...]. Além disso, sua problematização decorre naturalmente da complexidade e diversidade das manifestações do fenômeno e tem conduzido o campo a uma imensa atividade de discussão e crítica metodológica interna.

É Spink, in: Jovchelovitch (1994, p.121), quem nos afirma que é “a atividade de reinterpretação contínua que emerge do processo de elaboração das representações no espaço de interação que é o real objeto das representações sociais”.

Na percepção de Silva (1998, p.41), as representações sociais permitem a dimensão de “segmentos do real, ao serem captadas de forma fragmentada, e deverão ser reconstruídas e agregadas através dos nexos existentes”.

Nesse sentido, o autor nos mostra a importância de se “sondar o cotidiano das pessoas [...] para identificar os nexos e agregar as realidades e daí desencadear o estudo do real”.

Assim, para Heller, in: Silva (1998, p.41), o “cotidiano é um conjunto de atividades que caracterizam a reprodução do homem particular e este também reproduz e interfere no coletivo, no social”.

Nesse particular, o espaço do cotidiano se produz como um cimento e amálgama, onde o homem vai se constituindo, conforme afirmação de Silva (1998, p.41), em “formadores de suas representações sociais e é no cotidiano que o ser tem contato com as múltiplas determinações de sua existência”.

Conforme nos adverte Spink (1993), é sempre relevante que compreendamos como se produz o pensamento individual e como o mesmo vai se enraizando no social, ao mesmo tempo em que é necessário entender como um e outro se transformam mutuamente, se coletivizam.

Tendo esses pressupostos como guia, consideramos, neste estudo, a pertinência de nos fundamentar na teoria das representações sociais, como uma ferramenta metodológica a nos ajudar a apreender, captar e descobrir a produção de novas realidades que foram se constituindo em particular no empírico.

Isso, de certa forma, nos levou a concordar com Silva (1998, p.45) a opinião de que “*as representações sociais estão inseridas no processo de busca e da solução dos problemas*”, o que nos permite apreendê-las como importante abordagem para ajudar a identificar, produzir e reproduzir novas possibilidades institucionais e para revelar e construir um promissor agir no trabalho da enfermagem/enfermeiras.

1.2 Objetivos

Geral:

Analisar o trabalho das enfermeiras no cotidiano das instituições hospitalares.

Específicos:

- proporcionar novos conhecimentos acerca da produção do trabalho da enfermagem no contexto do sistema de saúde;
- identificar os modos e estilos de ação político-institucional que as enfermeiras e outros protagonistas produzem ao estar sendo organizado cotidianamente o trabalho em saúde;
- identificar as diferentes formas como o conjunto dos agentes institucionais significam e como é significado o trabalho das enfermeiras no espaço hospitalar.

1.3 Trajetória do estudo

O nosso estudo foi-se delineando a partir das abstrações apreendidas nos vários momentos concretos em que temos exercido papéis profissionais, no contexto do trabalho, no setor público de saúde. Inicialmente, “realçamos”, como momentos marcantes para subsidiar nossas inquietações acerca deste tema, a experiência da coordenação da Seção de Enfermagem, numa instituição pública de saúde (Instituto Estadual de Saúde Pública – IESP), cuja principal missão institucional, dentre outras, foi a de ser prestadora da assistência hospitalar no Estado do Espírito Santo, tendo a enfermagem papel central na produção das ações voltadas para a atenção à saúde em nosso Estado.

Na ocasião, as questões referidas ao gerenciamento revelaram-se como um dos maiores problemas para fazer andar a instituição, inclusive no que diz respeito aos modos

como as enfermeiras constituem formas ou estilos de produzir e organizar o trabalho da enfermagem, ao estarem protagonizando papéis institucionalizados que reproduzem as ações normatizadas, rotinizadas, repetitivas e centradas nas tarefas e na burocracia.

Muitos papéis desempenhados por esses profissionais têm sido associados a mecanismos de empobrecimento dos conteúdos do trabalho, e por eles responsabilizados, ao viabilizarem suas tarefas. Em certo sentido, isso contribui para que as relações institucionais se tornem, muitas vezes, conflituosas, desumanizadas, descompromissadas e autoritárias, conforme vem ocorrendo em muitas ações realizadas na maioria das instituições, em particular, se tomarmos como referência as ações institucionalizadas no espaço do hospital público.

Os processos de produzir e/ou reproduzir determinadas ações, no interior da enfermagem, em particular aqueles que se referem à crise de modelos, por que têm passado essa profissão e seus modos de gerenciamento, têm, para Ferraz (1995), relação direta com os estilos de administrar o serviço de enfermagem. Segundo a autora, parece estar havendo, nas ações de enfermagem, a construção de relações de trabalho insípidas, o que, em última instância, produz também uma *prática* cujos atos implicam um *fazer/saber*, desprovido de *significados*, sendo propiciadores de situações associadas à condição de “*impropriedade ou inautenticidade das enfermeiras*”, apontando o processo de formação como um dos mecanismos de reprodução dessas situações.

Muitas dessas características pudemos apreender em várias situações, tais como: a elaboração da Dissertação de Mestrado, quando das observações do campo empírico deste estudo; e em outros momentos, ao vivenciar o cotidiano do trabalho da enfermagem. Assim, das preocupações reveladas no Mestrado e, posteriormente, junto com alguns profissionais nos serviços e nos espaços que foram se constituindo em campo de estágio curricular para a disciplina de Administração em Enfermagem, compartilhamos com vários colegas e alunos muitos dos problemas referentes à gestão dos serviços de saúde nas instituições públicas.

Nesse compartilhar, temos buscado “ganhar” *aliados* que se disponham, inclusive, a (re)pensar as questões das políticas de saúde e produzir novas pautas de discussão e proposição, em particular para as questões relacionadas ao gerenciamento dos serviços; os processos de trabalho nele embutidos, mas também sobre os modos de “transmitir” os

conteúdos das disciplinas de Administração em Enfermagem e outras questões que têm emergido do processo de formação e do trabalho coletivo no setor de saúde.

Acreditamos que a busca de “novas” compreensões, para a realidade cotidiana, do que se afigura como “problema” para fazer andar a vida nas instituições está relacionada, também, com a importância e significados que os trabalhadores dão a esses problemas. Nesse sentido, a possibilidade de um olhar mais desarmado para a realidade, no que diz respeito à reorganização do trabalho pelas enfermeiras, pode propiciar, em última instância, de acordo com Ferraz (1996, p.33)

...a adoção de um outro estilo de administração em enfermagem, que venha configurar-se, enquanto uma realidade socialmente construída pelas enfermeiras e demais agentes que interagem cotidianamente no mesmo espaço [...], propiciando uma prática construída a partir de valores e conteúdos subjetivamente dotados de significados para esses profissionais.

Nas oportunidades de convivência com alunos, docentes e com os trabalhadores nos serviços, consideramos que alguns momentos nos ajudaram, também, a melhor delinear o objeto em estudo, uma vez que, nesses encontros, têm-se tornado constantes as preocupações acerca do trabalho na área de saúde. Foi, ainda, fundamental, para melhor compreensão do tema, a nossa militância, particularmente na Associação Brasileira de Enfermagem-Aben, na década de 80, em um momento muito particular da sua história, quando aflorou o debate sobre os modelos de atenção à saúde, sobre o trabalho em saúde, sobre os recursos humanos, sobre a prática de saúde e sobre a prática de enfermagem, ganhando uma direção diferente das posturas até então adotadas pela direção da entidade.

Dessa forma, as reflexões e discussões de vários teóricos e militantes sobre a profissão, além de representarem um marco para a categoria e oportunizar um olhar mais crítico, menos idealizado e (des)centrado da problemática e das alternativas internas à profissão, tomaram a direção de inserir a enfermagem como uma prática que se produz coletiva e cotidianamente, junto com outros protagonistas das ações e do trabalho em saúde.

Outros momentos também se fizeram importantes, para o acúmulo de nossas reflexões sobre essa prática, tais como, a participação junto ao alunado de Graduação em Enfermagem, em momentos como os do “X Encontro Nacional de Estudantes de

Enfermagem”, realizado em Vitória/ES, em julho de 1988, quando foram discutidas as possíveis causas e conseqüências da evasão nos cursos de Graduação em Enfermagem; assim como se refletiu sobre questões do currículo, que afetam tanto o ensino, quanto a prática das enfermeiras ao se inserirem no mercado de trabalho.

Destacamos a coordenação do “Seminário sobre Prática de Enfermagem”, com enfermeiras assistenciais, por ocasião do Congresso Brasileiro de Enfermagem (CEBen) em 1991, em Natal/RN, como um espaço relevante de discussão e reflexão sobre a enfermagem e muitas das questões associadas às políticas de saúde e ao modelo de atenção à saúde. Temos que destacar, ainda, a participação no “Curso Internacional de Recursos Humanos em Saúde”, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 1992; e a coordenação do “Curso de Planejamento Estratégico no Congresso Brasileiro de Enfermagem”, em novembro de 1994, em Porto Alegre/RS, tendo como objeto de preocupação a formação e o gerenciamento dos Recursos Humanos para a Enfermagem, para fazer frente às necessidades dos serviços, num contexto em que os trabalhadores da enfermagem fossem capazes de dar conta de assumir a integralidade e resolutividade das ações de saúde, enquanto um dos membros da equipe de saúde, além de outras demandas produzidas, ao se dá viabilidade e visibilidade ao Sistema Único de Saúde (SUS), à formulação dos modelos técnico-assistenciais e às necessidades de saúde dos usuários.

No que se refere ao HUCAM, espaço institucional que, nos últimos dez anos, vimos utilizando como campo de estágio curricular, o mesmo não só tem sido importante, enquanto referência para o sistema de saúde capixaba, mas tem-se revelado um espaço instigante e privilegiado para a apreensão do tema deste estudo e mesmo para dar concretude ao objeto de investigação.

Este processo, tornou-se um rico “laboratório” para o campo empírico. Inclusive porque essa instituição tem-se constituído, na realidade capixaba, num espaço onde se compatibilizam, dentre tantas missões, a de ser um serviço público de assistência hospitalar em nível federal, mas também um lugar privilegiado para a formação de trabalhadores de saúde para as áreas de enfermagem e médica.

Podemos apontar que, dentre os muitos momentos do vivenciar o seu cotidiano, certamente a oportunidade de coordenação de dois cursos de Planejamento Estratégico em

fins de 1992 e início de 1993, com as enfermeiras dessa unidade, muito nos ajudou também para o delineamento e para impor limites à abrangência deste estudo.

Nos dois cursos já citados, as enfermeiras da instituição mostraram, num primeiro momento, a preocupação em buscar, no interior da própria enfermagem (sem desconsiderar a rede de relações externas à enfermagem e à própria instituição), alternativas para a superação do atual modo e estilos de administrar, cuidar e se relacionar com o conjunto dos agentes institucionais. As falas sobre a necessidade de se construir “novos” referenciais para o trabalho da enfermagem se sobrepuseram sobre todas as demais preocupações, apontadas como “problemas” que impedem a melhoria da qualidade da assistência e também da vida na instituição para este grupo.

As questões do cotidiano, reveladas nesses cursos, puderam ser sintetizadas nas falas sobre os muitos esforços empreendidos para melhorar e qualificar a assistência na instituição e também sobre a formação e qualificação do pessoal de enfermagem; sobre as condições ruins de trabalho; sobre a acentuada desumanização da assistência; sobre a banalização das intercorrências; sobre a piora das relações entre os trabalhadores e/ou usuários; sobre o descompromisso e as fragilidades dos modelos de gestão para viabilizar mudanças nas políticas de saúde e mesmo ter impactos no cotidiano da instituição.

Um outro problema destacado foi sobre as falas e as evidências acerca da falta de visibilidade de planos de trabalho e metas por parte da instituição (direção) e da Divisão de Enfermagem em particular. Isso, de certa forma, contribui, segundo um dos componentes do grupo, para que o dia-a-dia, no HUCAM, seja, conforme apreendido numa das falas dos sujeitos desta pesquisa, *“semelhante a um apagar incêndio constante ao se deparar com os problemas profissionais e institucionais, não havendo um método de trabalho a priori definido, enquanto integrador do trabalho na instituição”*.

Conforme falaremos mais adiante, no HUCAM, como na maioria das instituições públicas, tem sido reveladora a piora nos indicadores associados à qualidade de vida dos seus trabalhadores e aos modos de relacionamento entre os trabalhadores e os usuários. Têm-se tornado crescentes as manifestações de *stress*, nas relações entre os diferentes protagonistas institucionais, em que se podem destacar os conflitos nas relações, o alto índice de absenteísmo, os adoecimentos e as dificuldades para se efetivar e operar rupturas que visem a mudanças institucionais importantes.

Chamou-nos, particularmente, a atenção o aumento de “*faltas ao trabalho, sem justificativas*”, ou seja, é significativa a ausência de atestados que comprovem o adoecimento ou qualquer outro problema que justifique a falta dos trabalhadores ao serviço. Essas subjetividades, que são próprias das manifestações de resistência dos trabalhadores, nos levam a supor, num primeiro momento, em quão instituintes as “ausências” podem estar se transformando, para, por exemplo, manifestar a insatisfação com o trabalho, com as diferentes lógicas, com as rotinas, com os rituais, com as normas e os limites institucionais impostos e mesmo produzidos cotidianamente pelos diversos agentes institucionais, além de revelar, muitas vezes, a insatisfação dos trabalhadores de forma geral com o lugar institucional e outras situações da vida que atravessam e são atravessadas pela organização do trabalho.

O cotidiano foi visto, na maioria das vezes, pelas enfermeiras, nessa instituição, como “*destituído de ações criativas e prazerosas*”, sendo visto, também, como o “espaço” de lutas concretas e das pequenas conquistas que vão se constituindo na superação dos obstáculos que têm “*impactado*” as formas de acolher e ser acolhido na instituição. A possibilidade de positivar os problemas, ao se buscar alternativas, de certa forma tem servido minimamente para potencializar e (re)qualificar a existência na instituição e para ajudar a superar o sentimento de impotência introjetado em algumas dessas protagonistas.

Pudemos perceber que as revelações do campo empírico se mostraram de suma importância, o que constatamos ao ir apresentando, em alguns momentos, para o grupo, parcialidades dos discursos e das observações realizadas. Dessa forma, ao estar (re)visitando o HUCAM, no papel de pesquisadora, após cerca de dois anos de afastamento da vida cotidiana da instituição e dos trabalhadores da enfermagem, percebemos que esse distanciamento nos proporcionou a oportunidade de observar o quanto a organização do trabalho no interior das instituições tem se tornado profundamente penosa, empobrecida, automatizada, e pudemos refletir sobre essa questão. Constatamos *in loco* que este tem sido um momento muito particular para se efetivar a desvalorização e esvaziamento do setor público e dos seus trabalhadores no que eles têm de essencial, que é a sua auto-estima e necessidade de auto-realização e valorização.

O que se tem percebido, reproduzindo comentário ouvido numa das unidades clínicas, objeto da nossa observação, é que, em alguns momentos, os profissionais de saúde,

à semelhança do filme, estejam diante da “*Escolha de Sofia*”, ou seja, a crise do setor de saúde tem-se revestido de tal dramaticidade, que, muitas vezes, a decisão profissional da escolha no que concerne ao direito e/ou possibilidade da assistência para a vida/morte dos pacientes tem sido feita de forma tão perversa e, ao mesmo tempo banalizada, nas ambivalências da realidade cotidiana, que deixou de ser intercorrência, nas formas (des)humanas de se relacionar com a vida, a saúde, a doença e a morte.

Neste processo de buscar respostas às nossas inquietações acerca do problema que direcionou o objeto desta pesquisa, é que consideramos a participação no curso de especialização em Gestão Hospitalar, realizado na Unicamp, em 1994/1995, como fundamental para as nossas reflexões, não só sobre os problemas de gerenciamento dos serviços, mas também sobre as políticas de sustentação desses processos. Esse curso teve, como um dos seus objetivos, apontar alternativas e instrumentos que podem e devem ser utilizados, enquanto ferramentas que auxiliem em possíveis mudanças dos modos da gestão cotidiana das instituições de saúde.

Um dos objetivos do referido curso foi vislumbrar saídas para melhorar a qualidade da assistência prestada à população usuária dos serviços de saúde, notadamente no contexto das reflexões que podem operar mudanças na realidade, hoje vivida no setor público de saúde. Teve, ainda, o mérito de trazer para a discussão a formulação e proposição de modelos “alternativos” ao atual modelo, no sentido de se gerenciar o setor, a partir de princípios que apontem para a necessidade de se inventar e (re)qualificar as mudanças para o setor (público) de saúde, notadamente a partir dos espaços produzidos no cotidiano do trabalho.

Nesse curso, as possibilidades de mudanças caminharam fundamentadas em perspectivas ancoradas pela necessidade do resgate de formulações para as questões éticas, da qualidade da assistência, dos compromissos institucionais e profissionais; do resgate da solidariedade, da humanização das relações na melhoria dos vínculos institucionais e do acolhimento aos pacientes; do exercer com dignidade o trabalho, assim como se valorizar o direito à vida e à defesa da cidadania tanto dos usuários quanto dos trabalhadores de saúde.

Assim sendo, as leituras e debates oportunizados no referido curso nos proporcionaram apreender e delimitar, com maior visibilidade, o objeto do nosso estudo. A metodologia adotada no curso teve ainda como pano de fundo o debate sobre a necessidade

de mudanças nos modelos de gestão, enquanto uma das ações estratégicas a ser privilegiada pelo setor público de saúde.

Por sua vez, o diálogo estabelecido com vários autores nesse curso e em outras oportunidades tem apontado o sentido de que os processos de transformação ou mudanças, no setor de saúde, passam, pelas ações vinculadas, ao gerenciamento do cuidado, sendo visto como uma das tarefas estratégicas, com impactos nas instituições, nos trabalhadores, nos processos de trabalho e na construção dos modelos de atenção à saúde.

Alguns autores, conforme discutiremos no próximo capítulo, têm-se posto como referência a esse debate. Campos (1992) tomou como ponto de reflexão e crítica as próprias contradições e conflitos gerados pelo modelo de inspiração neoliberal adotado pelo estado brasileiro e com danosos impactos nos diversos setores, inclusive no de saúde.

A maioria desses autores afirmaram que as mudanças nos modelos de atenção passam necessariamente por novas formas de se produzir e gerenciar o cuidado no setor de saúde. Campos (1992, p.137) nos adverte que, especificamente, no que diz respeito a essa área, a superação da crise pela qual passa a saúde nos últimos tempos mostra a necessidade de se concretizarem movimentos, tipo o movimento sanitário, de forma a se produzirem planos e projetos abrangentes, capazes de criar estratégias de *“destruição e reconstrução do modo neoliberal de produzir serviços”*, mesmo que isso venha a se concretizar a médio ou longo prazo.

Para esse autor, as mudanças ou transformações nas políticas sanitárias têm que priorizar *“não só os grandes dilemas nacionais, ou as modernas recomendações técnico-administrativas, mas também interesses imediatos das várias parcelas potencialmente interessadas em mudanças”*.

Nesse sentido, esse autor chama a atenção para que a perspectiva de se libertar dos limites impostos pela *“dominação cultural e política do modelo neoliberal”*, gestado para o setor de saúde, passe pela efetiva participação e integração dos trabalhadores de saúde não só do ponto de vista da integração administrativa, mas também de forma a se criar uma *“dinâmica de funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados recursos humanos, sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança”*.

A perspectiva de transformação indicada por Campos (1992, p.137) aponta, dentre tantos aspectos, o papel central e insubstituível do trabalhador de saúde e nos mostra a

necessidade do envolvimento *“tanto das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais”*.

Merhy (1997,1994), outro autor que vem debatendo essa temática, mostra que as mudanças, nos modelos de atenção, passam pelo aprisionamento do gerenciamento do cuidado, numa perspectiva que incorpora a gestão cotidiana, o processo de trabalho e os trabalhadores envolvidos em processos forjados no espaço cotidiano da assistência e das contradições institucionais.

Para esse autor, o cotidiano se insere como matéria-prima fundamental para se trabalhar a realidade e nela se criar o novo. A concepção de cotidiano trabalhada por Merhy, In: Cecilio (1994, p.118) e da qual estamos nos apropriando considera que a produção de um novo modelo assistencial

...tem que considerar a possibilidade de se repensar uma nova maneira de se atuar na saúde, tendo como eixo a construção de uma nova possibilidade de ser trabalhador de saúde, a partir de uma nova maneira de se relacionar com o sofrimento e com a vida tanto na dimensão individual quanto coletiva.

Nessa perspectiva, mudar os modos de gerenciar cotidianamente o cuidado num novo modelo assistencial é, para esse autor, percebido a partir da necessidade de se transformar os modos de *“gerir os serviços e de se trabalhar em saúde”*. As mudanças, afirma Merhy, In: Cecilio (1994, p.120) , têm que considerar os modos como os usuários esperam ver atendidas as suas necessidades de saúde, ou seja, o usuário, por mais simples que seja sua queixa, ao buscar serviços de saúde, espera que as relações que venha a estabelecer na instituição sejam *“geradoras de acolhimento [com impactos positivos de preferência] sobre o seu sofrimento e o seu problema ou queixa, pela qual procurou determinado serviço e nele o atendimento por parte do trabalhador de saúde”*.

Assim sendo, o espaço de atuar no cotidiano ganha outra expressão e significado, deixando em aberto a possibilidade de se problematizar a realidade e mesmo de reagir ao instituído. Para esse autor, será pelas ações produzidas no cotidiano do trabalho em saúde, que se poderá *“(re)criar e abstrair a realidade, ouvindo e interpretando os ruídos que os problemas do dia-a-dia provocam na dinâmica dos serviços”*.

Cecílio (1997, 1994),¹¹ no debate sobre mudança, traz à discussão, dentre outros elementos, a dificuldade para se operar transformações nos modelos de gerenciamento no setor público de saúde. Situa, dentre os equipamentos, o Hospital como instituição central, enquanto espaço de resistência para se mudar o instituído. Nesse sentido, destaca o alto grau de especialização do setor hospitalar e a autonomia dos trabalhadores de saúde para realizarem suas tarefas e acrescenta, ainda, as tensões produzidas em decorrência dos “diferentes poderes”, que pairam sobre a instituição hospitalar, em particular no que se refere ao poder técnico (exercido pelos trabalhadores, em especial médicos) e aos cargos de direção.

Na enfermagem, autores como FERRAZ (1996, 1995), CARRASCO (1987), ALMEIDA et al.(1997, 1986) e LIMA (1988) têm feito também esse debate, com o olhar voltado para a enfermagem, discutindo, em particular, os processos de ensino na Graduação em Enfermagem, assim como a prática cotidiana a partir da percepção das dicotomias entre o administrar, o cuidar e o se relacionar com o conjunto dos agentes institucionais. Mostram essas autoras a necessidade de a enfermagem romper com o modelo de gerenciamento pautado na “*gerência científica*”, em particular no que diz respeito ao verticalismo e à delegação de tarefas, conforme vem chamando a atenção Ferraz (1996, 1995) e outros autores a quem nos reportaremos mais adiante.

Assim, ao ter o trabalho das enfermeiras como objeto da nossa observação, captamos com atenção muitas questões que se têm revelado como problemas e/ou “dificuldades” para a categoria das denominadas enfermeiras-chefes e/ou supervisoras da equipe de enfermagem, para fazer andar a vida na instituição, em especial no que diz respeito às formas de lidar com as atividades rotineiras da organização do trabalho, inclusive as relacionadas ao exercício da administração e da liderança junto à equipe de enfermagem.¹²

Consideramos que a realidade vivida pelas trabalhadoras da enfermagem, em particular nas instituições públicas hospitalares, torna o tema desta investigação pertinente e relevante. Para tal, a pesquisadora se inseriu na apreensão da ação cotidiana das

¹¹ Esse autor aborda também o tema na *Revista de Administração Pública*, FGV, Rio de Janeiro, 1997.

¹² Existe, no interior da enfermagem, a “compreensão” de que as enfermeiras, pela sua formação “superior”, são “naturalmente” as líderes da equipe de enfermagem. Compreensão que consideramos discutível e que retomaremos em outro momento desta investigação.

enfermeiras, ao estarem produzindo o seu trabalho, buscando, assim, descobrir seus modos e estilos de administrar, de cuidar e de se relacionar. Chamou nossa atenção o como, de que forma e para que as enfermeiras têm sido protagonistas das práticas de saúde, ao assumirem, por meio do seu papel profissional, parcialidades do trabalho em saúde e nele protagonizar as ações tidas como próprias do modelo de gerência intermediária, conforme têm afirmado autores como Ferraz (1996).

Pensamos que as possibilidades de as enfermeiras refletirem sobre o espelho do dia-a-dia institucional pode ajudar não só a (re)pensar estratégias de gestão, mas, fundamentalmente, pode motivar a abertura de portas que viabilizem mudanças não só no jeito de “ser” protagonistas, mas, principalmente, no jeito de “ser” protagonistas das “novas” necessidades que vão emergindo no cotidiano do trabalho e do viver na sociedade brasileira.

Assim, caminhamos, neste estudo, no sentido de apreender o sistema de relações que constrói a cotidianidade na instituição – HUCAM, a partir do “*mundo dos significados, dos discursos, dos fazeres e das representações*”, com as quais as enfermeiras deixam “revelar” o seu cotidiano institucional/profissional, ao estarem dando vida às políticas de saúde; aos modelos técnico-assistenciais, organizando o processo de trabalho da enfermagem e nele produzindo estilos de ação político-institucionais, dando, inclusive, suporte ao trabalho de outros profissionais de saúde.

Nesse sentido, compartilhamos com Loyola (1987, p.19) a certeza de que as enfermeiras e demais trabalhadores de saúde, ao estarem exercendo seus papéis profissionais, estão, mesmo inconscientemente, constituindo-se na própria instituição e ali exercendo o “poder” real, que move toda a engrenagem institucional, sendo, portanto, parte das relações/revelações produzidas e reproduzidas nesses espaços.

1.4 O lugar da investigação

O cenário vislumbrado para a realização desta investigação traz em seu bojo diferentes lógicas institucionais que definem os estados de situações e protagonismos produzidos no cotidiano da conformação da gestão do cuidado numa dada instituição hospitalar – o HUCAM.

Dessa forma, esse local foi construído a partir das perspectivas dadas pelo representar e significar as muitas lógicas institucionais que se intercambiam, por ser, ao mesmo tempo, parte das estruturas da área de saúde, de ensino e de pesquisa, pertencer à rede pública federal e estar situado em Vitória/Espírito Santo.

Essas especificidades nos mostram ser importante estar atento às diferentes formas de se vivenciar as crises instaladas nas instituições de modo geral, até porque, no que diz respeito às áreas de saúde, ensino e pesquisa, essas crises têm-se constituído, nos últimos anos, pela entrada em cena das formulações e execução de políticas públicas para o setor de saúde, causando, nesse processo, a (in)viabilização, nos estados brasileiros, em diferentes ritmos e realidades, da implantação do SUS e de mudanças eficazes no processo de formação dos recursos humanos para a área de saúde.

Assim sendo, esses cenários institucionais, mais que outros, têm permitido compreender nuances da crise instalada na sociedade brasileira, na qual o SUS, um processo social em franco estágio de construção e questionamentos, está inserido, pondo-se como uma possibilidade concreta de intervenção nos modelos técnico-assistenciais e nas práticas profissionais que sustentam essa política de saúde no setor público.

A investigação, ao se concretizar em Vitória, está considerando que o Espírito Santo, com seus 77 municípios,¹³ é parte de uma crise mais global nas relações Estado/Sociedade, com impactos nos modos de se organizar a vida na sociedade capixaba, inclusive nas formas de se ofertar e receber serviços de saúde. O município de Vitória faz parte da denominada região da Grande Vitória, que possui uma concentração populacional de cerca de um milhão de habitantes, o que perfaz 42% dos habitantes do Estado. Esta região é responsável por 50,17% dos estabelecimentos industriais e por 79,29% da arrecadação dos principais impostos estaduais.

Ao se levar em conta ser esse o lugar geograficamente escolhido para a investigação, considerou-se, além de ser um dos cenários da crise mais global do país, ser o município de Vitória, inclusive por seu papel de capital, um dos lugares que têm vivenciado, de forma particular, a crise no financiamento, no gerenciamento e nos processos que organizam o trabalho dos diferentes profissionais de saúde, notadamente

¹³ Esses dados estão contidos no documento: Perfil da Economia do Estado do Espírito Santo (Org.). Governo do Estado do Espírito Santo, 1994.

quando se toma como referência a rede pública hospitalar e nela o trabalho produzido pela enfermagem.

Em Vitória/ES, desde o final da década de oitenta, à semelhança do que ocorre em outros Estados, o SUS, enquanto política pública consagrada na Constituição de 1988, vem sendo implantado e, para tal, tem-se deparado com muitos percalços que favorecem a protelação da sua efetiva concretização, constando, como principais justificativas, em princípio, as dificuldades políticas para se reordenar poderes; as diferentes culturas organizacionais; a pequena organização da sociedade para implementar ações efetivas que levem a um maior controle social; o déficit e mal uso dos recursos financeiros; e, também, as formas arraigadas dos modelos de gerenciamento dos serviços e as questões relacionadas às resistências e motivações dos trabalhadores de saúde para fazer "funcionar" esse sistema.

Considerou-se pertinente mostrar, de forma sucinta, dentro das limitações das informações sobre a instituição que constituiu nosso campo empírico – o HUCAM – um pouco da sua trajetória e como, no contexto capixaba, ele foi-se transformando em diferentes missões, num espaço de organização do conhecimento, do saber e de outros tipos de práticas de saúde, como o conhecemos hoje.

1.5 O cenário institucional da pesquisa

Embora a escassez de relatos escritos sobre a instituição,¹⁴ o HUCAM, enquanto um dos protagonistas no cenário das políticas de saúde no Espírito Santo, entra em cena, na década de 40, para dar conta de um modelo de atenção à saúde, sustentado em serviços organizados por programas, para atender a um problema específico – A TUBERCULOSE – vindo complementar as ações em nível coletivo, realizadas por outra instituição, a Liga Espírito-Santense de Tuberculose.

¹⁴ A respeito da história da instituição, procurar, no Centro de Estudos do HUCAM, Anotações Manuscritas de um dos médicos pioneiros do Sanatório Getúlio Vargas, Dr. Ovídio Paoliello, que reproduz parte da história da fundação da instituição. O trabalho de Maria Zilma et al., Uma Política de Indexação para o Arquivo de Multimeios do HUCAM, também contém uma breve história, assim como sugerimos a leitura do artigo de Dr. Olivio Louro Costa, in: *Revista HUCAM* – ano 1, n.0, dez./1997. Edição comemorativa dos trinta anos do HUCAM, em que o autor apresenta uma breve história sobre a instituição.

O HUCAM, nascido Sanatório Getúlio Vargas, emergiu como parte da assistência asilar para dar conta das políticas públicas no Estado, vinculado, num primeiro momento, ao governo do Estado do Espírito Santo. A instituição encontra-se situada, geograficamente, numa área ampla, arborizada, localizada no bairro de Maruípe, significando hoje para o sistema de saúde capixaba um hospital de referência a nível terciário, embora atenda aos níveis primário e secundário, e atue na formação de médicos e enfermeiras, sendo ainda campo de estágio para diversos outros cursos, inclusive de nível médio de enfermagem.

O contexto da implantação do Sanatório ocorreu em um momento em que a tuberculose, uma doença infecto/contagiosa, se constituía numa epidemia nacional, requerendo do Governo medidas saneadoras, tanto para recuperar a força de trabalho, quanto para atender aos “incômodos” presentes na sociedade, pelos estigmas de tal doença e, também, para atender a projetos políticos de diversas ordens em andamento no País, cujo quadro sanitário se colocava como obstáculo. Por isso, medidas emergenciais são tomadas pelo Departamento Nacional de Saúde, ao decidir, junto com os governos estaduais, instalar sistemas sanatoriais na maioria dos estados brasileiros, dentre esses, o Espírito Santo.

O governo do Estado assume, formalmente, a partir do início da década de 40, a assistência hospitalar aos doentes portadores de tuberculose e, nessa circunstância, a instituição passa a atender e ser centro de referência para o tratamento ambulatorial e hospitalar em tuberculose e doenças torácicas. Mas, como observado em Silva (1998),¹⁵ a saúde, já nessa época, não constava como foco das prioridades do governo estadual. Pelo que se pôde apreender, a implantação do Sanatório foi, à época, fruto de imposições do Governo Federal, o que não impediu que o mesmo tenha se constituído, no contexto capixaba, numa grande vitória para a categoria médica, tendo, segundo Paoliello (s/d), um grande impacto não só entre os especialistas, mas também para o (re)ordenamento do tratamento da moléstia na realidade espírito-santense.

A fala desse autor, também um dos protagonistas dos primórdios da instituição, revela os significados que o hospital passa a ter no contexto da saúde capixaba, ao afirmar:

¹⁵ SILVA, Z. M., em *Espírito Santo, interesses e poder*, apresenta as principais prioridades políticas dos seus Governantes.

...o corpo médico do Sanatório Getúlio Vargas é representado por especialistas de comprovada capacidade profissional e elevado padrão científico. Na instituição têm se privilegiado o espírito de equipe, acima de qualquer eventual, sentido político ou personalista, onde a instituição se insere como local de referência para as cirurgias torácicas no Estado.

Nas poucas informações escritas a respeito dessa época do hospital, foi possível perceber, nas anotações de Paoliello, que o perfil dos profissionais da instituição era formado por médicos clínicos e especialistas na área, sendo que alguns, posteriormente, tornaram-se docentes, ao ser implantado o curso de Medicina da UFES, desempenhando importante papel na transformação de missão que a instituição foi construindo ao longo de sua existência.

De acordo com o relato de Paoliello, pode-se inferir que a equipe de enfermagem era composta, majoritariamente, pelo que hoje denominamos de atendentes de enfermagem, ou seja, as ações de enfermagem eram executadas por pessoal sem qualificação profissional formal e com um perfil marcado por uma visão acentuadamente associada a ações de filantropia e de caridade. Conforme o autor, a força de trabalho no Sanatório se destacava pela *“abnegação da equipe e pelo orgulho do papel relevante que a instituição passa a ter para a sociedade capixaba”*.

A importância asilar do Sanatório, enquanto instituição, deve ser vista também na medida em que o mesmo *“ajudava”* no *“necessário”* confinamento dos doentes contaminados por uma doença naquele tempo bastante estigmatizada e, ainda, pela importância que a instituição hospitalar para tratar tuberculoso passa a ter na recuperação da força de trabalho para o setor produtivo capixaba, naquela época, voltado, essencialmente, para o setor cafeeiro e dando os seus primeiros passos no processo de industrialização.

A gradual *“passagem”* do Sanatório para um hospital de ensino e com a missão de atender às necessidades de formação para o curso médico tem seu início na década de 60, adaptando-se a um *“novo”* modelo constituído no bojo das necessidades originadas pelo curso médico e, posteriormente, 1968, pelas necessidades impostas pela reforma universitária. Segundo Marsiglia (1995, p.15),

...as faculdades da área de saúde, no Brasil, utilizaram-se dos serviços de saúde existentes, principalmente dos hospitais [...], aproveitando estes espaços como locais de ensino e de prática para os futuros profissionais.

O início da transformação do Sanatório em Hospital das Clínicas (HC) foi na década de 60, ao ser criado o curso de Medicina na UFES. Dessa maneira, em 20 de dezembro de 1967, o Hospital das Clínicas surge com o objetivo claro de resolver problemas do curso de Medicina, uma vez que, de acordo com a afirmação de Paoliello,

...foram-se avolumando, no interior desse curso, as dificuldades, para que os docentes e alunos pudessem congregar num só lugar o espaço do ensino; da aprendizagem e da prática, em virtude da inexistência de um hospital escola na região, onde fosse possível associar as necessidades das aulas teóricas e das aulas práticas.

Foi nesse contexto que o Sanatório passou a ser visto como o lugar ideal para atender às necessidades do Curso de Medicina. A trajetória do Sanatório Getúlio Vargas se modificou efetivamente a partir de dezembro de 1967, quando, segundo o mesmo autor:

...o maior conjunto hospitalar do Estado para a assistência a Tuberculose é cedido definitivamente a Universidade Federal do Espírito Santo, através de convênio (comodato) firmado entre o Governo do Estado e a UFES, passando a denominar-se Hospital das Clínicas.

O Hospital das Clínicas, a exemplo de outras instituições de ensino superior, recebeu influência dos movimentos de expansão de vagas e das atividades no interior da instituição universitária, notadamente na década de 70. Algum tempo depois, aconteceu também a implantação e/ou a expansão de vagas para alguns cursos da área de saúde e da enfermagem em particular. Nesse sentido, treze novos cursos de graduação foram implantados em várias regiões do Brasil, dentre eles, o Curso de Graduação em Enfermagem da UFES, em 1976,¹⁶ que se inseriu na realidade concreta da instituição UFES/HUCAM, numa estrutura já sedimentada e com a maioria dos espaços já demarcados pelo Curso de Medicina .

¹⁶ A respeito, ver estudo de LIMA (1988) em obra citada no Capítulo 2.

É importante destacar que até a presente data (1997) o Curso de Enfermagem, apesar dos seus muitos feitos, no que se refere ao HUCAM, não conseguiu, por diversas razões, ocupar espaços expressivos na instituição e não demarcou espaços que o tornasse referência na produção de modelos de assistência e da produção de indicadores da assistência de enfermagem, limitando-se, na maioria das vezes, a utilizar esse espaço como campo de estágio para algumas disciplinas e, algumas vezes, em situações, via de regra, conflituosas, ocupando alguns cargos de direção, como a chefia da Divisão de Enfermagem e a direção da Diretoria de Apoio Técnico Assistencial (DATA).

Retomando a trajetória do hospital, após a morte de Dr. Cassiano Antônio de Moraes, um dos idealizadores em tornar o antigo Sanatório um espaço propício para a formação de médicos, é que, a partir de 1981, a instituição passa, em sua homenagem, a denominar-se “Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes”.

Apesar das mudanças de missão e agravamento da crise financeira e de modelos que têm permeado a trajetória da instituição, o HUCAM tem-se constituído, ao longo de sua trajetória, numa referência para a formação de recursos humanos para à saúde, assistência à saúde, projetos de extensão e pesquisa para os Cursos de Enfermagem e Medicina, na realidade capixaba. Tem sido crescente a demanda por seus serviços por pacientes procedentes de todos os municípios do Espírito Santo e mesmo de outros Estados.

A instituição oferece, atualmente, serviços tanto de baixa complexidade, quanto serviços altamente especializados, que são organizados em serviços ambulatoriais de especialidades e, em alguns programas, por exemplo, para atender os pacientes/família de alcoolistas, de diabéticos, de tuberculosos, de aids, entre outros. Sua estrutura conta ainda com pronto-socorro, internação nas clínicas cirúrgica, médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, UTI, serviço de imagem e diagnóstico, dentre outros.

O HUCAM, a despeito de ser uma instituição integrada ao sistema de saúde capixaba, pelo SUS, tem sido atravessado por algumas lógicas, que o distingue das demais instituições de saúde capixaba, ou seja, a instituição é também marcada pela lógica do ensino acadêmico, por meio dos seus docentes e alunos, o que lhe confere um *status* diferenciado, inclusive na autonomia gerencial da instituição na relação com o SUS e na forma de ser financiada pelo sistema, devido a sua condição de hospital de ensino.

Dentre as possibilidades de transformações mais atuais, vale destacar as provenientes de movimentos crescentes por parte de segmentos da UFES/HUCAM, no sentido de propor a criação de uma fundação de apoio, com autonomia própria, pelas “facilidades” administrativas que a mesma oferece. A necessidade da criação de uma fundação tem-se justificado, segundo juízo dos mentores da mesma, devido “*as muitas burocracias administrativas próprias do setor público que emperram o gerenciamento da instituição pública*”. Dentre as várias situações percebidas acerca das limitações que muitas vezes a instituição é portadora, destacamos a observação de que existe, no interior da instituição, a percepção de que o HUCAM tenha se tornado “refém” do SUS ao depender tanto dos recursos financeiros nele captados. Segundo afirmação de um dos membros da direção,

...embora o SUS não esteja sendo um bom casamento, a instituição depende quase 100% dos recursos oriundos deste convênio. O MEC, com sua política de contenção de gastos tem repassado nos últimos anos para as IFES, recursos para cobrir apenas a folha de pagamento dos servidores do quadro das Universidades nos hospitais universitários, sem contar a burocracia para se tomar determinadas decisões como compras, contratação de pessoal por exemplo. NO HUCAM esta situação tem sido um incentivo inclusive, para justificar um (re)direcionamento da sua missão e dos modelos assistenciais.

Entendemos que, apesar das muitas crises que têm atravessado este espaço institucional, o HUCAM tem sido palco, também, de formulações de alternativas para se resistir à crise do setor de saúde, incluídas as dos trabalhadores de enfermagem. Nos últimos anos, vêm sendo construídas, no interior da instituição, “buscas de alternativas” para o enfrentamento das manifestações do caos instalado na área pública de saúde, tais como: seminários de planejamento estratégico, discussões sobre as práticas de saúde realizadas por seus diferentes trabalhadores, contratação de pessoal mais bem qualificado, além de esforços para implantar programas de qualidade.¹⁷

¹⁷ Vale destacar a comemoração dos trinta anos do HUCAM em dezembro de 1997, como um momento instituinte, cujo movimento mobilizou a maioria dos seus trabalhadores, em particular, no que se refere a “mostrar” a produção científica e cultural dos seus trabalhadores, docentes e estudantes. Esse foi um momento de muita positividade na e para a instituição e seus trabalhadores. Um outro fato que tem mobilizado os protagonistas nessa instituição se refere à participação de alguns segmentos de profissionais no curso iniciado em maio/98, referente ao Programa de Modernização da Gestão Hospitalar do HUCAM.

Um outro fato que distingue o HUCAM dos demais serviços é que o mesmo, ao ser parte do SUS no Espírito Santo, procura produzir modelos de gerenciamento que dêem respostas às necessidades do novo modelo técnico-assistencial em construção e tem absorvido considerável quantitativo da força de trabalho no setor de saúde, o que, de certa forma, remete-nos a olhar os processos aí realizados sob várias direções, particularmente, aqueles que fazem referência à formação, à capacitação, à absorção dos Recursos Humanos para a Saúde em vários aspectos, inclusive no que diz respeito à qualidade de vida institucional, uma vez que os mesmos são considerados elementos críticos para a viabilização das políticas de saúde, no atual contexto para a viabilização dos modelos de atenção constituídos no interior do SUS e dos processos de formação dos Recursos Humanos para a Saúde.

Costa (1997, p.7), olhando para a instituição hoje, levanta alguns dos seus muitos problemas que têm dificultado a gestão cotidiana, dos quais realçamos a *“subutilização da área física e dos docentes; o não atendimento muitas vezes das expectativas da sociedade; nem sempre produz os profissionais que o mercado de trabalho requer”*. Afirma ainda que o *“hospital, assim como o Centro Biomédico da UFES orientam o ensino baseado na informação, na memorização, no conformismo, na homogeneidade e não na crítica, na inovação e na criatividade”*.

Um outro aspecto ressaltado por esse autor se deve à incongruência de ser esta uma instituição de ensino, assistência e pesquisa onde as questões tecnológicas, no que se referem a equipamentos, estão defasadas e sucateadas, em sua maioria, em relação ao setor privado capixaba. Isso nos permite acrescentar alguns comentários sob a piora na qualidade de vida dos seus trabalhadores e mesmo no nível salarial, embora possam ser destacados alguns esforços por parte da instituição, visando dar maior suporte para o tratamento dos processos de adoecimentos dos trabalhadores da instituição (como a criação do serviço de atendimento aos funcionários do HUCAM).

Um outro aspecto a ser destacado é que as ações desenvolvidas nessa instituição, a despeito de algumas diferenças de missão, finalidades e complexidades tecnológicas, em alguns aspectos, assemelham-se às demais instituições de saúde capixaba, nos modos de organizar processos de trabalho e dar vida aos modelos assistenciais, contando com a presença de diferentes profissionais, organizados em equipes, executando tarefas

ininterruptas, parcelares e fragmentadas por diferentes profissionais que se organizam, enquanto “equipes de saúde”, para prestar assistência, notadamente, à clientela na qualidade de pacientes, usuários da rede pública.

O HUCAM tem sido a única instituição pública no Estado que atua na formação/capacitação de pessoal de saúde, em nível de 3º grau, servindo de campo de estágio para os cursos de graduação em Medicina, Residência Médica em várias especialidades e para a graduação de Enfermagem, e tem-se constituído num promissor mercado de trabalho para as enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem, pondo-se como um lugar privilegiado para se desenvolver estratégias para um jeito novo de se produzir e gerenciar o cuidado.

Finalmente, a opção em ter os trabalhadores da enfermagem e essa instituição como campo empírico tem como justificativa, também, ser o HUCAM parte do nosso contexto profissional no setor público, pois estamos nele atuando desde os tempos de aluna do curso de Graduação em Enfermagem e foi essa instituição um dos campos de nossa pesquisa no Mestrado. Atualmente, estamos nela inserida como docente do curso de Graduação de Enfermagem da UFES, para ministrar estágio curricular na disciplina Administração em Enfermagem. Essas situações têm-nos levado a vivenciar, sem neutralidade, com envolvimento e emoção, os diferentes conflitos e buscas de alternativas que emergem nas ações cotidianas das relações instituídas/instituintes nesse lugar.

1.6 Produzindo o campo empírico

O problema pesquisado surgiu a partir da necessidade de se buscar novas compressões e alternativas para os modos de se trabalhar na saúde e para os modos de se produzir e gerir o cuidado, em especial na enfermagem. Para tal, tomamos como plano de análise as cenas apreendidas em momentos particulares do trabalho produzido pelas enfermeiras no cenário hospitalar, notadamente, ao se tomar esse trabalho a partir dos protagonismos revelados em alguns dos fragmentos desse agir e nos estilos de ação político-institucional dos protagonistas produzidos pelas ações caracterizadas como sendo

as das enfermeiras administrando,¹⁸ cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais.

Como enfermeira, docente e militante de alguns movimentos sociais e corporativos, temos percebido o quanto a questão da saúde tem-se tornado penosa e distante das necessidades dos usuários, não só no que diz respeito aos serviços de saúde, mas também nos processos de formação. É perceptível o distanciamento dos discursos corporativos, para enfrentar a atual conjuntura de adversidades, que afetam as instituições, os seus trabalhadores e mesmo para se adaptar às transformações impostas pelo mundo do trabalho.

A exemplo de SILVA LIMA (1998), SILVA (1997), CAPELLA (1996), FERRAZ (1995) e CARRASCO (1987), pesquisadoras que trabalham com o tema da administração em enfermagem, não foi nossa proposta discutir simplesmente os conteúdos e funções específicos da enfermagem, uma vez que entendemos que os mesmos, conforme têm sido percebidos no interior do conjunto do trabalho em saúde, são insuficientes para explicar a complexidade dessa temática.

Embora esse debate esteja presente no Capítulo 3, percebemos que a concepção sobre a administração em enfermagem tem sido marcada com atividades, tais como, confecção de escala, controle de vários processos e procedimentos, principalmente de pessoal e material, e o cuidado de enfermagem tem sido apreendido como a intervenção direta sob o corpo do paciente, a partir de ações como curativo, higienização, medicação.

Portanto, este estudo não se constituiu apenas pela priorização da listagem de tarefas e das funções que as enfermeiras realizam no dia-a-dia do seu trabalho. Foi nosso propósito privilegiar a análise do cotidiano do trabalho no que o mesmo tem de mais essencial, espontâneo, procurando compreendê-lo e integrá-lo, inclusive no interior das diferentes relações que se estabelecem no processo de se construir e produzir a gestão institucional.

Nesse sentido, Merhy (1997b, p.4) e outros autores têm travado alguns debates acerca do *“gerir e produzir o cuidado no cotidiano dos espaços institucionais”*. Esses autores afirmam que os processos de gestão institucional se dão em *“arenas”*, ou seja, as

¹⁸ Consideramos que as formas como vêm sendo tratadas essas dimensões do trabalho da enfermagem não estão esgotadas. Entendemos que os significados dados a esse tema permitem uma maior amplitude do debate, comportando novos debates e reflexões.

arenas são lugares onde “operam distintos agentes institucionais com perspectivas de ação nem sempre comuns, todavia não necessariamente contraditórias também, mas, simplesmente, uma arena”. Para esse autor, a

...gestão institucional seria toda a intervenção de governo que possibilitasse ‘publicitar’ os processos de disputas e revelar a ‘contradualidade’ que os agentes instituem entre si, definindo uma certa ‘cara’ instituída para o serviço.

Ao pensar no modo de gerenciar o cuidado na saúde, nos reportamos, ainda, a afirmação de Ferraz (1995) e a de Merhy (1997), que trazem para a discussão a preocupação com o cotidiano do trabalho como o lugar singular para se instituir mudanças. De acordo com a autora, o cotidiano mostra a necessidade de “fazer emergir o traçado existencial” de determinada prática.

Do mesmo modo, Merhy (1997, p.117) nos indica que o cotidiano

...não é de modo exclusivo, nem de um lado o aparente /falso e o funcional, em que se opera o mundo harmônico das identidades e papéis; nem do outro lugar só do dissonante, mas sim um dobra expressiva da simultaneidade destes dois mundos.

Assim sendo, o mesmo autor nos adverte que o

...cotidiano é o lugar onde há permanentemente as mútuas invasões dos dois mundos entre si. É portanto, onde se produzem os ‘estranhamentos’, os ‘ruidos’, as ‘falhas’ do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados, onde os acordos e os contratos existem e funcionam, e ao mesmo tempo é onde os instituintes impõem estranhamentos, quebras, linhas de fugas, novos possíveis em disputas.

Conforme veremos adiante, ao tomarmos esses autores como referência para a sustentação teórica deste estudo e para uma maior compreensão das revelações que captamos na cotidianidade, em que se realiza o trabalho das enfermeiras, foi possível fazermos conjecturas e refletir sobre os aspectos tanto teóricos quanto práticos deste

trabalho. Além disso, essa opção tornou possível construir linhas de fuga que podem ajudar a redimensionar e transformar o trabalho em saúde e nele operar mudanças em alguns estilos de atuar que têm sido encadeadores de insatisfação no interior da organização do processo de trabalho dessas protagonistas.

1.7 Revisitando o campo da pesquisa

A construção dos momentos da nossa presença no hospital foi realizada em períodos preestabelecidos com a Divisão de Enfermagem, durante uma semana por mês, no período de agosto/1995 a março de 1996. Nesse processo, construímos um “diário de campo”, relatando todos os passos que viabilizaram a coleta dos dados, conforme explicitado a seguir.

Formalmente, nossas atividades de campo tiveram início no dia 14 de agosto de 1995, pela manhã, em reunião realizada com a direção e com a chefia da Divisão de Enfermagem, quando oficializamos o interesse em realizar a investigação no HUCAM. Após a permissão e manifestações de apoio para a realização do trabalho, foi marcada uma reunião para apresentação do projeto de pesquisa, o que foi feito em reunião/convite, agendada com os profissionais para o dia 17-8-1995, às 10 horas, na sala de reuniões da Divisão de Enfermagem.¹⁹ Na ocasião, a pesquisadora apresentou, detalhadamente, o projeto e foram discutidos os objetivos do mesmo e as expectativas em relação ao estudo, ao grupo e à instituição.

Em nossa avaliação, a reunião foi muito produtiva e objetiva, havendo grande participação das enfermeiras, com perguntas sobre a pertinência do tema e o quanto o mesmo poderia ajudar a refletir sobre o cotidiano do trabalho da enfermagem na instituição e os seus estilos de ação institucional.

¹⁹ A Divisão de Enfermagem faz parte da estrutura organizacional da instituição, sendo responsável pela política e coordenação de todas as atividades da equipe de enfermagem.

Os protagonistas da investigação

Os protagonistas, sujeitos desta investigação, foram profissionais da enfermagem constituídos pelas enfermeiras assistenciais; o pessoal de nível auxiliar,²⁰ docentes enfermeiras, profissionais de nível superior inseridos na Diretoria de Apoio Técnico e Assistencial, e a equipe da Administração Superior do Hospital, conforme destacado a seguir.

Os protagonistas da enfermagem

1º grupo

- Chefe da Divisão de Enfermagem (2)
- Enfermeiras “Chefes” das Unidades Clínicas (13)
- Docentes do Curso de Graduação em Enfermagem (4)
- Pessoal de Nível Médio (5)

Os protagonistas da administração do hospital

2º grupo

- Diretor Superintendente (2)
- Diretora do Departamento de Apoio Técnico – DATA (2)
- Diretor Clínico (1)
- Membros da Divisão de Serviço Técnico-Assistencial (DSTA) (2)
- Médicos (2)
- Residente (1)

Os trabalhadores que integraram os conjuntos sociais²¹ da investigação foram escolhidos considerando a sua inserção na instituição, na Divisão de Enfermagem e pela

²⁰ Para os objetivos deste estudo, pessoal auxiliar foram os membros da equipe de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnicos de enfermagem) e pessoal elementar.

²¹ Esse termo está sendo tomado emprestado de FERRAZ (1995).

possibilidade de, ao ser parte deste processo, poder representar e significar “o fazer” das enfermeiras. O primeiro grupo foi composto pelas enfermeiras, pessoal de nível auxiliar e docentes do curso de Graduação em Enfermagem. No que se refere às pessoas que compuseram o segundo grupo, o mesmo foi composto pela equipe da administração superior do hospital e por alguns outros profissionais que atuam em áreas de grande articulação e interface com o trabalho da enfermagem, como a nutrição, os médicos e o serviço social. A opção se deu pelas relações do trabalhador da enfermagem com a direção e com essas áreas e pela necessidade de apreensão do fazer, das representações e significados que a direção e esses outros protagonistas têm sobre o trabalho desse grupo e mesmo sobre o que é o cotidiano institucional no HUCAM.

Coletando os dados

A opção privilegiada nesta investigação, para a coleta dos dados, foi a da *observação direta e da entrevista direcionada*, buscando ver e problematizar as principais questões que direcionam o objeto em estudo. Para tanto, utilizamos, como sustentação teórica, as fundamentações que se inscrevem na proposta metodológica de Minayo (1992) e Chizzoti (1991), sobre esses instrumentos de pesquisa.

Observando

Para esses autores, a observação permite a construção de relações em que observador e observado se encontram numa relação face a face. Nesse sentido, o “olhar analisador” é fundamental. A atitude participante pode ser caracterizada por uma partilha completa, duradoura e intensiva da vida e da atividade dos participantes. O observador pôde identificar-se com eles, como igual entre pares, vivenciando todos os aspectos possíveis da sua vida, das suas ações e dos seus significados.

No processo de observação, contamos, num primeiro momento, com a participação constante de três auxiliares de pesquisa, recrutadas na própria instituição, que, após inteiradas sobre a técnica, foram incorporadas a esta primeira etapa da pesquisa. Procurou-se, em todas as situações da observação, retratar, fielmente, os fenômenos observados no “*ambiente natural da vida dos observados na instituição*”, reproduzindo as falas, os

fazeres, os enfrentamentos e os gestos na sua essência. Uma outra preocupação foi a de procurar realizar a observação, percebendo os diferentes protagonistas como grupos que tanto disputam, se aliam, se opõem, resistem, quanto interagem nos seus modos de fazer andar a vida na instituição.

A presença da pesquisadora e dos auxiliares de pesquisa no campo se deu tendo como locais da “observação” as unidades clínicas,²² além do espaço físico da sala de reuniões da Divisão de Enfermagem, onde observamos as ações protagonizadas pelas enfermeiras. Pudemos perceber alguns processos instituídos/instituintes do mundo cotidiano da instituição, enquanto os mesmos foram produzidos.

De imediato, foi possível entender a impossibilidade de apreensão do “gerenciar” restrito ao que convencionalmente tem sido atribuído ao que seja, por exemplo: a enfermagem administrando – limitada e baseada apenas nas ações tidas como burocráticas e de controle; a enfermagem cuidando – fundamentada nas ações de higiene, curativos e outras intervenções sobre os corpos adoecidos ou não dos pacientes; e a enfermagem se relacionando com a equipe – fundamentada apenas na “falta” de comunicação e nas relações interpessoais conflituosas. Esses atributos por si sós são insuficientes para dar conta da complexidade do trabalho em saúde e dos modelos de atenção à saúde, como apontam os diversos autores com quem travamos o nosso diálogo, em particular se tomarmos como mote a perspectiva de intervir e mudar algumas das muitas situações reveladas neste estudo e apontadas por diversos outros autores conforme pudemos verificar.

Assim percebendo, iniciamos as observações de campo, no período de agosto de 1995 a fevereiro de 1996, buscando ir além do já estabelecido e consensualizado. As observações se realizaram principalmente no período da manhã, aceitando sugestões das enfermeiras, por considerarem que

...o período da manhã é que espelha com maior fidelidade a realidade e dinâmica do trabalho da enfermagem e a cotidianidade institucional. Principalmente, nas relações que as enfermeiras estabelecem com pacientes e outros profissionais e com a própria enfermagem.

²² Por solicitação do grupo, não serão nominados os setores, nem os grupos de pessoas observadas. Por esse motivo, chamaremos esses lugares de *unidades clínicas*. As mesmas são unidades com internação de pacientes, havendo equipes de enfermagem completas, “chefiadas” por enfermeiras.

Os turnos vespertino e noturno, embora tenham sido objeto da observação, foram percebidos, nas falas manifestas por membros do grupo, como períodos de manutenção do que é feito pela manhã, com o que concordou a pesquisadora.

No processo de observação nos meses de janeiro/fevereiro, contamos com a colaboração de três alunas do último período do curso de Graduação em Enfermagem, devido à necessidade de afastamento de duas auxiliares de pesquisa, que vinham participando deste processo. Essas alunas deram uma valiosa contribuição, ao deixarem revelar “os seus olhares” sobre o cotidiano das enfermeiras e da instituição, no transcorrer do plantão noturno e na passagem de plantão, além de terem auxiliado na busca de fontes e informações bibliográficas sobre a instituição, desde a sua implantação.

O processo de observação empreendido, no espaço de tempo mencionado, foi se redesenhando em muitas ações semelhantes que fomos apreendendo no nosso retorno à instituição, a partir de agosto de 1997, quando retomamos nossas atividades didáticas. Assim, o processo de estar olhando e vivendo o dia-a-dia dos protagonistas e os protagonismos por eles instituídos, de certa forma, tem sido muito dinâmico e vem nos acompanhando, nos dando “dicas” importantes para refletir sobre este estudo, mesmo após o encerramento “oficial” da pesquisa de campo.

Entrevistando

Para Chizzoti (1991, p.93), a entrevista abre possibilidades na relação entre as pessoas, ao revelar sistemas de valores, “os modos de agir, as normas e os símbolos, ao mesmo tempo em que transmite a magia representada por determinado grupo social”.

Para todas as entrevistas, foram realizados contatos prévios (agendamento) para saber do interesse e disponibilidade dos entrevistados (apenas uma pessoa negou-se a participar). Todas as entrevistas foram individuais, realizadas pela própria pesquisadora e gravadas com o consentimento dos participantes, resguardando-se a identidade dos entrevistados, conforme acordado entre as partes.

Para as protagonistas, enfermeiras/pessoal de enfermagem nível auxiliar, as questões norteadoras iniciais foram: *“De que forma você percebe o(s) modo(s) como as enfermeiras organizam o trabalho da enfermagem cotidianamente? O que é o cotidiano*

institucional no HUCAM? Como você significa os modos e estilos de ação produzidos cotidianamente pelo trabalho da enfermagem?"

Os protagonistas pertencentes à equipe da administração (direção) e os protagonistas não inseridos na enfermagem participaram apenas da segunda etapa da pesquisa, sendo acrescentadas perguntas como: *Como o(a) Senhor(a) percebe o trabalho da enfermeira nos seus modos e estilos de agir ao organizar o seu trabalho cotidianamente? Como o(a) Senhor(a) percebe a integração do trabalho da enfermagem/enfermeira com o trabalho dos outros profissionais? Qual a sua percepção sobre os principais problemas e alternativas institucionais percebidas na cotidianidade da instituição?*

As entrevistas transcorreram num clima de "fala livre", por parte dos entrevistados, e a pesquisadora interveio o mínimo necessário, sempre no sentido de ir acrescentando os questionamentos relevantes aos objetivos da pesquisa ou mesmo com o intuito de evitar o afastamento dos entrevistados do assunto objeto da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, no próprio local de trabalho dos entrevistados, com duração média de sessenta minutos. Após uma primeira escuta dos conteúdos das entrevistas, os dados foram separados, conforme a inserção profissional na instituição (direção, enfermeiras, docentes). Todas as fitas foram transcritas por pessoa de fora da instituição e as transcrições tiveram seus conteúdos revisados pela pesquisadora. Retornamos apenas a um dos entrevistados para rerepresentar algumas falas que não ficaram claras e audíveis na transcrição.

No processo de transcrição, procurou-se manter a fidelidade das falas, fazendo-se ajustes apenas nas repetições de trechos. A limitação do número de entrevistados se deu pelo processo da exaustão das respostas, ou seja, a repetição nas falas.

As entrevistas foram realizadas no que definimos como segunda etapa da pesquisa, nos meses de janeiro/fevereiro de 1996. A observação foi considerada como a primeira fase da visita ao campo empírico, sendo realizada no período de outubro a novembro de 1995 e em janeiro/fevereiro de 1996. No transcorrer das observações e entrevistas, a instituição foi atravessada por um processo eleitoral para escolha do reitor da UFES e, posteriormente, houve eleição para a direção do hospital e escolha da chefe da Divisão de Enfermagem.

Esses fatos nos levaram, no primeiro período (outubro/novembro), a entrevistar diretores da gestão em vias de terminar o mandato e, em fevereiro, a gestão recém-eleita. Posteriormente, entrevistamos a nova chefe da Divisão de Enfermagem. Avaliamos que a situação de início e fim de gestão, a dinâmica instituída pelo processo eleitoral, não teve impactos relevantes para invalidar as entrevistas, uma vez que os dois grupos pertencem à instituição, estando aptos a participarem da entrevista, por suas relações com a enfermagem e o cotidiano institucional.

Alguns resultados preliminares dos dados coletados foram apresentados, num primeiro momento, às enfermeiras do HUCAM e à nova chefia da Divisão de Enfermagem, em reunião realizada em maio de 1996, na sala da Divisão de Enfermagem, o que culminou num amplo debate e posterior proposta de realização de uma oficina de trabalho em março de 1997. O principal objetivo, num primeiro momento deste evento-oficina de março de 1997, foi o de retomar um trabalho anterior, freqüentemente referido pelo grupo das enfermeiras como algo perdido e que não teve continuidade. Essa oficina, de certa forma, serviu para que se trabalhasse no grupo o sentimento de paralisação e impotência, por não terem concluído esse trabalho e outros que o sucederam ou mesmo o antecederam.

Assim, essa oficina, coordenada pela professora enfermeira Clarice Ferraz, teve o intuito de fazer emergir novas significações e potencializar o grupo acerca do seu trabalho e das suas referências institucionais. A superação de um momento que o grupo insistia em “não terminar” se mostrou inadiável, uma vez que o trabalho não acabado, realizado em 1990, foi, constantemente, usado como álibi, para o não fazer ou para o não ser possível mudar, manifestando a impotência do grupo.

Segundo alguns membros do grupo da enfermagem, a impossibilidade de produção sobre o ato do trabalho estava servindo como “*prova concreta*” de que não se avança, não se terminam as coisas na instituição. Sendo assim, o grupo percebia, reproduzindo a fala da Enfermeira 3,²³ “*ser impossível avançar e mesmo reconhecer mudanças na instituição, uma vez que tudo parece permanecer no mesmo lugar, sai ano entra ano*”.

Posteriormente, vários encontros de trabalho foram efetivados com grupos menores, dando origem à realização de encontros de trabalho, muitas vezes, informais, para se discutir alguns dos resultados que obtivemos em campo e mesmo para aproveitar esses

²³ Os sujeitos da pesquisa foram identificados por cargo e número.

momentos e estar discutindo ou “ouvindo” proposições para o trabalho da enfermagem. A possibilidade dada pelo retorno à instituição como docente, acompanhando alunos da Graduação em Enfermagem na disciplina de Administração em Enfermagem II, a partir de agosto de 1997, serviu, em certa medida, para que pudéssemos ratificar os nossos achados e mesmo buscar construir junto com esse grupo o trabalho da enfermagem. Nesse sentido, a abertura e adesão da Divisão de Enfermagem se mostrou fundamental.

Consideramos que o campo empírico foi um espaço privilegiado não só para apreender a prática cotidiana da enfermagem, suas contradições, limites e possibilidades, mas também para a compreensão da instituição como um todo, suas lógicas, missões e principalmente para constatar que não existe um modelo distinto de organizar o trabalho na enfermagem dissociado dos demais modos institucionais em seu conjunto.

Ao construir o campo, tendo como hipótese a fragmentação da prática das enfermeiras, pudemos verificar como os agires institucionais têm sido permeados pela insatisfação dos diferentes agentes institucionais. Ao mesmo tempo em que isso foi acontecendo, foi-nos possível ser guiada pela possibilidade de rompimento de muitas dessas situações e tivemos a possibilidade de ver ganhando força a nossa aposta de que, apesar de toda insatisfação, e também da impotência de muitos protagonistas, é possível fazer emergir outras forças, potencializar os agentes, seus protagonismos e, por consequência, produzir nas próprias situações que criam as contradições novas potências nos espaços institucionais, ou seja, constatamos linhas de fuga que nos permitiram acreditar e apostar em mudanças, conforme vem sendo proposto por Cecilio et al. (1994) e Merhy et al. (1997), que têm apostado na capacidade de autogoverno dos trabalhadores para proporem e imprimirem mudanças institucionais na área de saúde.

O campo nos possibilitou, ainda, ir (re)construindo teoricamente muitas questões inseridas neste estudo. É assim que convidamos os leitores a compartilhar conosco o próximo capítulo, onde fomos delineando e construindo o nosso olhar teórico sobre o tema, permitindo-nos também fundamentar a análise do material empírico no Capítulo três.

CAPÍTULO 2

O homem se humilha, se castram seu sonho. Seu sonho é sua vida e vida é trabalho. E sem o seu trabalho, o homem não tem honra. E sem a sua honra se morre, se mata...

Gonzaguinha

2 A CONSTRUÇÃO DO QUADRO TEÓRICO

2.1 (Re)visitando o significado do trabalho numa sociedade em mudança

Conforme já falamos, tomamos como objeto de estudo o trabalho da enfermagem, enquanto um componente da construção cotidiana do produzir e gerenciar o cuidado,²⁴ (re)produzido no espaço hospitalar. Para tanto, recortamos momentos particulares dessa prática, buscando apreendê-la dentro dos limites e possibilidades de uma prática social que se produz num momento particular de crise nas instituições, mas também de construção no setor de saúde e da sociedade brasileira. Nesse sentido, buscamos capturar este objeto nos momentos localizados da enfermagem administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais e, nesse processo, produzindo estilos de ação político-institucionais singulares a essa prática.

Esses momentos se constituíram pelas ações instituídas e, simultaneamente instituintes, forjadas no cotidiano dos espaços de trabalho, numa dada instituição pública hospitalar, sendo captados e (re)produzidos em ato, a partir da própria reconstrução elaborada pelas significações, representações, fazeres e discursos das enfermeiras e de outros protagonistas institucionais. Essa apreensão se deu de forma muito especial, mediante o que foi se revelando no campo empírico, sobre o que é esse trabalho e como o mesmo, com toda a sua historicidade, vai se re-produzindo como uma prática socialmente articulada com outras práticas de saúde.²⁵

²⁴ Gerenciar o cuidado: na perspectiva de Merhy (1997, p.115), implica toda a intervenção de governo (dos trabalhadores, inclusive) que possibilite “publicitar” os processos de disputas e revelar a “contratualidade” que os agentes instituem entre si, definindo uma “certa” cara instituída para o serviço.

²⁵ Deu-se também ao irmos apreendendo e produzindo o debate teórico que sustentou este estudo, o que nos levou de imediato a situar a enfermagem como um trabalho que, nesse processo, vai se fragmentando, em particular, entre saber/fazer e entre as ações de cuidar/administrar.

Nesse processo, pudemos perceber como se constrói, no dia-a-dia, um modelo muito particular de hospital, que é dado pelas muitas lógicas institucionais, das quais destacamos a lógica do trabalho das enfermeiras, a partir das diversas formas de se olhar as forças instituídas e instituintes aí localizadas, podendo ir assim além das representações e intencionalidades reveladas nos diferentes discursos.

Nessa medida, a apreensão das próprias transformações por que vêm passando as diferentes práticas do setor e do lugar deste trabalho em nossa sociedade, em certa medida, nos auxiliaram a efetuar o recorte teórico que nos ajudou a contextualizar a enfermagem, enquanto uma prática que, ao ser atravessada por diferentes situações e lógicas, demarca formas de trabalho nos seus muitos fazeres, saberes, discursos, e nas relações que estabelece com o seu trabalho e, em última instância, do lugar da doença e da saúde na sociedade.

Os muitos olhares sobre o trabalho

A história nos mostra que as grandes transformações na sociedade causaram impacto sobremaneira nos modos de se (re)organizar os processos de trabalho, assim como a vida social produzida nesses espaços. Em certo sentido, como observa Motta (1997, p.2), *“a história da vida humana, as teorias sociais e organizacionais, dentre outras, são histórias que dizem respeito, também às transformações e mudanças operadas na e pela sociedade”*.

Conforme vêm apontando diferentes estudos, a categoria trabalho continua, no fim do milênio, sendo objeto privilegiado de questionamentos e análises para se apreender as muitas mudanças que têm ocorrido nas diferentes formas de organização das sociedades e as relações sociais que nelas são produzidas.

Assim sendo, podemos recortar essas discussões a partir de diferentes pontos, que explicitam o lugar do trabalho na sociedade, mostrando como ele é distintamente compreendido. Podemos tomar como ponto de partida vários cenários, tais como os dados pela ótica religiosa; ou mesmo fazendo sobrevôos mais contemporâneos e tendo como lugar de partida as mudanças nos modos de gestão dos processos de trabalho e os próprios

processos de transformações por que vêm passando o mundo, notadamente na pós-revolução industrial, no início deste século.

Podemos perceber que as concepções dadas sobre o significado e os modos de organizar o trabalho se agregam, em particular, às ações inovadoras ou não, instituídas em algum momento da trajetória da sociedade. As muitas formas de se “olhar” esse fenômeno têm a ver também com os recortes de análise, os valores culturais, éticos, familiares e mesmo com as concepções que se têm sobre o trabalho e a vida, tendo a ver, também, com as influências exercidas pelas pessoas que são significativas aos indivíduos.

Em Motta (1997, p.3), podemos constatar que cada momento da história é único e singular, diferindo das etapas anteriores e das que se viverá no futuro.

As singularidades encontram-se nos próprios processos evolutivos, nas instabilidades e, nas revoluções [...], as desordens se constituem em acidentes ou obstáculos, a serem ultrapassados, tornando-se naturais a erosão dos valores existentes e a emergência de novos valores e práticas sociais.

As dualidades para olhar um mesmo fenômeno, de certa forma, ajudam a estruturar um sentido pessoal e único, em que as ações ocupacionais colocam-se entre limites dados como algo associado à sobrevivência, ao castigo ou mesmo à condenação. Essas dicotomias, próprias do existir humano, agem simultaneamente de forma penosa, mas também criativa, transformadora, prazerosa, propiciadora de auto-realizações e possibilidades de conhecimento, aprendizado e valorização do homem na sociedade.

Em Bom Sucesso (1997, p.7), vamos encontrar no Latim a origem da palavra trabalho, a partir do termo *Tripalium*, cujo significado está associado a

...instrumento de tortura utilizado para punir criminosos, que ao perderem a liberdade, eram submetidos ao trabalho forçado [...]. Nesta origem, o trabalho era concebido como algo humilhante e desqualificado.

Essa autora afirma que o significado do trabalho, até o Cristianismo, estava relacionado à possibilidade do enriquecimento, do lucro, sendo visto como um risco em que estava implícito o “*distanciamento de Deus*”, uma vez que o dinheiro e os benefícios

advindos do trabalho poderiam ser geradores desse distanciamento e até por isso, *“apenas aos pobres será dado o privilegio de entrar no reino dos céus”*.

Ao buscar explicações na religião, para as questões referentes à temática do trabalho, vamos encontrar o seu significado no livro do Gênesis, a partir de fatos que originaram, segundo a ótica cristã, o mundo e tudo que nele existe, inclusive o trabalho e o lugar que o mesmo ocupa na vida das pessoas.

O trabalho, enquanto fruto da produção humana, aparece em Gênesis, capítulo terceiro, página cinco, como parte da condenação imposta por Deus a Adão e Eva, por terem eles *“desobedecido”* às determinações divinas e, caindo em tentação, *“comem da árvore da ciência, do bem e do mal, que lhes estava proibida”*.

Nas conseqüências dessa atitude, *“a desobediência”*, muito provavelmente possam estar as bases que sustentam, ainda hoje, os antagonismos em que a lógica do trabalho é vista como algo prazeroso, parte de uma ação que traz, em seu interior, processos de valorização, mas que pode ser, também, parte de processos penosos, desumanizantes e mesmo de sofrimento ao homem, conforme vem sendo constatado atualmente por alguns autores, como DEJOURS (1987), PITTA (1990) e BOM SUCESSO (1997).

Verificou-se, nos livros religiosos, como a Bíblia, que, no início da criação do mundo, a *“desobediência”* trouxe como conseqüência mais imediata a produção do trabalho, como ameaça de um viver árduo, uma vez que a sentença divina anunciava: *“maldita seja a terra por tua causa. E dela só arrancarás alimento à custa de penoso trabalho, em todos os dias de tua vida”*.

Ficava, assim, decretado o trabalho como atividade dissociada da riqueza, instituindo-se ligada à punição, sofrimento, cansaço, estando destituída de satisfação ou prazer para aquele que o produz, ou seja, estava o homem condenado, pelo resto da sua vida, a ganhar o pão de cada dia *“com o suor do seu trabalho”*.

Em a *Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, Max Weber (1992) trata essa temática numa perspectiva em que o trabalho ganhou, sobre a nova ética, *status* de meio de produção de riqueza e da valorização perante Deus e a sociedade. O autor, ao ter como referência a Reforma Protestante, no pós-Luteranismo/Calvinismo, mostrou a construção de um novo valor agregado ao trabalho e o papel que passa a desempenhar na vida das pessoas, sendo visto como libertação do ócio, do pecado, da mente vazia; tendo assim a

função pedagógica de aumentar o valor do homem, ao ser criada uma nova ética em que o produto do trabalho passa a ser visto então como recompensa.

Bom Sucesso (1997) identifica, na Reforma Protestante, a introdução da lógica do trabalho, sendo revelado como ação libertadora, capaz de aumentar a dignidade, pondo-se como forma de contribuição cuja recompensa se dará pelo merecimento.

Segundo a lógica protestante, o trabalho foi visto por Weber (1992, p.113) como a própria essência da vida, constituindo-se, antes de mais nada, na própria finalidade da vida, pela qual quem “*não trabalha não deve comer*”. A falta de vontade de trabalhar é um sintoma da ausência do estado de graça divina, da fé, que deve ser inerente a todo ser humano.

A mudança de lógica para sustentar a nova ética, construída tanto a partir de Lutero quanto de Calvino, foi produzida, de acordo com esse autor, a partir do pressuposto de que o trabalho é irradiador e fonte de riqueza, abençoado por Deus, sendo condenável, eticamente, apenas quando se torna instrumento de tentação, vadiagem ou para aproveitamento pecaminoso da vida.

Bom Sucesso (1997, p.8) apreende o uso do trabalho numa dimensão em que

...o homem deve ser grato a Deus, por existir o trabalho, e a riqueza é um estado nobre e legítimo, resultado dos seus esforços. Ricas as pessoas podem gozar a vida eterna, desde que façam uso ético do que acumulam.

Weber (1992, p.128), nesse debate, pondera que a religião, tanto católica quanto a protestante, sempre reforçaram a visão do trabalho como algo “*sumamente agradável a Deus*”. Portanto, os indivíduos estariam naturalmente vocacionados para o trabalho, ou seja, introduz-se a lógica do “*trabalho como vocação*”, oficializando a exploração da “*vontade de trabalhar*”, especialmente na busca pelo reino de Deus, notadamente por meio das recompensas do trabalho realizado pelas classes mais pobres, influenciando dessa forma, “*a produtividade do trabalho no sentido capitalista da palavra*”.

2.1.1 Produzindo um paradigma: a gerência científica

Uma outra lógica, a ser freqüentemente empregada no debate sobre esse tema, podemos situar a partir do incremento do capitalismo, marcadamente no pós-revolução industrial, mais precisamente a partir do novo paradigma construído por Frederick Taylor e seus seguidores, na figura da organização administrativa do processo produtivo, tendo como modelo a gerência científica. Ainda hoje, apesar das críticas e das tentativas da incorporação de vários outros processos administrativos, esses princípios estão introjetados nas pessoas e nas instituições, repercutindo no viver cotidiano das culturas organizacionais e dos processos de trabalho instituídos. Esse modelo serviu também para romper, de certa forma, com dogmas religiosos e familiares que sustentaram por longo período a lógica da produção.

Muitos dos princípios, com o advento do capitalismo, nortearam práticas profissionais, inclusive em setores como os de saúde, em especial, se tomarmos por referência a organização do trabalho, pautada no controle, na hierarquia e na disciplina, tríade privilegiada desde que Taylor formulou sua teoria administrativa, contribuindo assim para transformar o cenário no qual o trabalho se realiza, num espaço de produção de alienação, onde cada um faz exatamente o que lhe mandam, não estimulando a criatividade e não havendo interação ou mesmo interesse com o que se passa com o coletivo das ações e com os trabalhadores que se submetem e são submetidos a esse processo.

Para Motta (1997, p.4), a modernidade, enquanto um evento social e histórico, se caracterizou em particular pelo rompimento de tradições milenares, quando o trabalho ganhou uma nova ordem, instituída num processo social mais dinâmico, cuja direcionalidade foi dada de forma especial pelo avanço tecnológico e pelo poder da razão humana.

Nesse sentido, esta foi uma etapa histórica que

...substituiu dogmas, pensamentos mítico e visão de mundo centrada na divindade, inaugurando o primado da ciência, do progresso econômico e da razão [...], ao alcançar escala mundial, alterou rotinas de vida e de trabalho, resultando em transformações profundas e novas referências valorativas.

Vários autores²⁶ apontam a modernidade administrativa diretamente associada ao advento da revolução industrial, sendo esse evento responsável pelas mudanças nas formas de produção, pondo fim a alguns modos de trabalhar, em especial, as corporações medievais e o artesanato familiar. Pode ser creditado a esse acontecimento o fortalecimento da divisão e fragmentação do trabalho.

Para Motta (1997, p.5), *“a revolução industrial marcou a diferença mais fundamental na história da produção e seu modelo de gestão alterou não só a forma de organizar e produzir mais também a vida das pessoas”*.

De acordo com Kwasnicka (1987, p.18), será a partir do final do século XIX, com o surgimento do modelo administrativo pautado na “Gerência Científica”, que a organização do processo de trabalho ganha novo impulso, ao serem introduzidos estudos e métodos que apontavam para a necessidade de melhorar a qualidade dos produtos, reduzir os custos da produção e as idéias associadas à produtividade.

A gerência científica incorporou a missão de garantir não só a produtividade, mas também para criar mecanismos que contribuíssem para melhorar a forma de trabalhar, visando como princípio, controlar o processo de trabalho.

De forma sucinta, Pires (1996) nos mostra que as idéias de Taylor, ao formular os princípios que serviram como paradigmas à gerência científica, se sustentavam nas premissas de que os problemas decorrentes do setor produtivo estavam relacionados a problemas cujas origens poderiam ser detectadas pela falta de padrão no desempenho e na eficiência dos processos, assim como pela necessidade de orientação para retomar decisões mais consistentes que deveriam ser dirigidas para problemas mais específicos e cuja preocupação está direcionada em particular para a geração de baixos níveis de interação entre o operário e o sistema produtivo.

Muitos dos princípios de Taylor, guardando as proporções de tempo e contexto, estão embutidos, com roupagens novas, em várias das atuais teorias administrativas. Em particular, naqueles princípios que se tornaram o âmago dessa teoria de Taylor, como a eliminação de desperdício, a melhoria da qualidade dos produtos, a produtividade, e a organização do trabalho em si.

²⁶ A respeito, ver Kwasnicka (1987), Pires (1996) e Motta (1997).

Apesar da dimensão que reconhecidamente esses princípios passaram a dar ao sistema produtivo, a análise desses autores, com o que concordamos, é de que, apesar da dimensão dada, os princípios taylorista e dos seus seguidores mais imediatos não deram conta de proporcionar integração, motivação e harmonia entre os trabalhadores e seu trabalho, muito pelo contrário, ao enfatizar ainda mais as normas de trabalho e acentuar a divisão de tarefas, acabaram gerando mecanismos de alienação, fragmentação e monotonia no trabalho.

É relevante destacar as premissas militares de eficiência e disciplina que Taylor e posteriormente outros teóricos distinguiram como parte da lógica que deveria guiar o “*Staff Organizacional*”, tendo como principal objetivo e finalidade “*a eficiência que deve nortear uma organização*”, criando-se assim a figura do supervisor-gerente, para dar conta dessa tarefa, sendo, em princípio, responsável por fazer funcionar a hierarquia organizacional, pelo planejamento, preparo e controle do processo de trabalho.

Por sua vez, Motta (1997, p.6) mostra que o advento da revolução industrial trouxe também a complexidade organizacional, a hierarquia, a coordenação das tarefas especializadas, a necessidade de supervisão e a figura do gerente. A gerência é incorporada tendo como meta e preocupação fazer valer a autoridade, a disciplina, a hierarquia, a responsabilidade, o planejamento, o controle, a coordenação e para atuar nas relações de trabalho, buscando tornar submersos os conflitos advindos dos modos de trabalho.

A visão de indivíduo que subjaz nos princípios formulados por Taylor e seus seguidores tem sido contestada, classificada como estreita, particularmente ao desconsiderar que o trabalhador por si só se constitui e é parte do sistema humano e como tal deve ser visto. Pode-se afirmar que, dentre as críticas a esse modelo, certamente as mais incisivas têm sido na direção em que o indivíduo é colocado como um “recurso” passivo e submisso às determinações do processo produtivo.

Concordando com os autores, nos quais estamos nos baseando para desenvolver esta análise, esse modelo, ao desconsiderar princípios humanos elementares, cometeu enganos ou equívocos, que, de certa forma, prejudicaram seus principais objetivos.

Ao contribuir para despersonalizar o homem no trabalho, reduzindo sua participação e importância na tarefa, a gerência científica tornou-o, sem dúvida, um ser fragmentado, parcializado na sua visão de mundo, inclusive do trabalho, e tão mecânico

quanto as máquinas que operam, piorando também a qualidade de vida dos trabalhadores pelo esvaziamento do conteúdo das tarefas que executam, pelo desgaste e insatisfação com o trabalho.

Para Kwasnicka (1987, p.47), a visão de homem despersonalizado traz em seu bojo a angústia, a insatisfação e o *stress* produzidos pela ansiedade criada pela expectativa ou possibilidades de não dar conta de cumprir os padrões previamente estabelecidos. Isso, na realidade, acaba sendo gerador de esgotamentos físicos e outros distúrbios emocionais que desde então têm acompanhado, com maior frequência, o homem na pós-modernidade e simultaneamente na sociedade pós-revolução industrial.

Os impactos dessas situações têm sido perceptíveis até hoje, em particular nas formas de se organizar o trabalho, tendo, na atualidade, como resposta e resistência, por parte dos trabalhadores, as diferentes formas de expressar o absenteísmo; os adoecimentos; as omissões nos espaços de trabalho, questões que retomaremos posteriormente.

É assim que, para dar conta das dimensões do processo de trabalho, Pires (1986, p.25) aponta que a questão norteadora do modelo de gerência, em Taylor, baseou-se no

...controle do trabalho alienado, da força de trabalho comprada e vendida. Controle este que, anteriormente, envolvia a definição de tarefas, a jornada de trabalho e as normas e rotinas para impedir a distração ou mesmo o ritmo do trabalho.

Esse modelo, afirma Pires (1986), assume características que vão estabelecer como as tarefas vão ser executadas, em que ritmo as mesmas têm que ser operacionalizadas, onde as regras passam a ser estabelecidas pela gerência,

...cabendo ao trabalhador apenas executá-las nos devidos tempos, em que for previamente determinado. Ficando assim perfeitamente estabelecida a cisão entre concepção e execução do trabalho.

Heloani (1996, p.12) observa que o ideário taylorista se constitui como um instrumento de racionalidade e difusão de métodos de estudo e de treinamento científico. A lógica que subjaz nessa racionalidade estava para o autor fundamentada no conflito entre capital e trabalho, em que as novas formas de gestão objetivavam rebaixar os salários e

desqualificar as profissões, pela introdução de uma nova concepção entre o trabalho vivo e o trabalho morto, ou seja: “Cada trabalhador passaria a operar máquinas e ferramentas desenhadas e organizadas com o objetivo de serem mais produtivas”.

A lógica desse modelo, como podemos constatar de diferentes formas, ainda influencia processos administrativos em muitas instituições e, limitando para um setor específico, podemos destacar a própria divisão social/técnica do trabalho no setor de saúde, em especial na enfermagem, instituída pela conformação da equipe de enfermagem. Pode-se perceber como a mesma causa impacto ainda na organização do trabalho, em particular no que diz respeito à necessidade de controle, da hierarquia, da autoridade, da delegação de tarefas e do papel do supervisor de enfermagem nos processos cotidianos que formatam essa prática. Na realidade, essas situações têm sido facilitadoras da produção de ambientes de trabalho tensos e conflituosos, tornando assim indispensável a presença de um mediador, a partir da figura do supervisor/chefe, como aquele que, além do papel técnico, é também o disciplinador e provedor da equipe, conforme focalizaremos adiante.

2.2 Desvendando o cotidiano do trabalho

Considerando as diferenças dos “lugares do trabalho”, muitas situações apontadas como críticas, advindas dos modos de produzir e organizar o processo de trabalho, não são diferentes na atualidade do setor de saúde, cujos riscos do trabalho, pela exposição frequente a fatores estressores e contaminantes, como a doença, a morte, as condições de trabalho e salários muito ruins, a duplicidade dos vínculos empregatícios, a perda da identidade profissional e mesmo dos vínculos institucionais dados pela crescente terceirização do setor, têm apontado o quanto o ritmo do trabalho causa impacto não só à qualidade do trabalho, mas em muito à qualidade de vida dos profissionais.

Dessa forma, o caos, instalado hoje no setor, atinge não só a vida dos usuários, mas também a dos profissionais nos enfrentamentos cotidianos nas instituições e muitas vezes prejudica a qualidade de vida dos vários protagonistas que interagem nesses espaços, uma vez que esses têm se constituído em lugares “tensionados”. Nesse ambiente de tensão, tanto trabalhadores, usuários e mesmo dirigentes não conseguem estar em harmonia com eles mesmos e com o mundo das relações que os cerca e estabelecem cotidianamente, o que

afeta certamente o tipo de assistência e as relações que são estabelecidas no espaço do trabalho.

Pudemos observar, nos muitos livros que tratam da temática do trabalho, as diferentes formas para abordar esse tema, mostrando não ser esta uma preocupação nova e da atualidade neste fim de século. Esta é uma questão que comporta várias interpretações que se diferenciam conforme os ângulos de análise.

Dessa forma, ao se transformar em objeto de preocupação e freqüentes questionamentos, este tema ajuda, de certa maneira, a desvendar a trajetória da sociedade, uma vez que, conforme mostra a literatura, desde que o mundo é mundo, muitas teorias, debates e dissensos já se sucederam em torno desse assunto. É nesse sentido que, mesmo reconhecendo as limitações desse objeto, vamos entrar no debate que vem sendo produzido com nosso olhar voltado para o setor de saúde.

Esse debate, na atual agenda de discussões, tem-se notabilizado pela preocupação de alguns teóricos acerca do novo mundo do trabalho, que vem se conformando *pari passu* à sociedade dita globalizada. De certa forma, este cenário vem requerendo das distintas instituições, inclusive dos trabalhadores, novos modos de organizar o trabalho e de lidar com a realidade do emprego num mundo onde o estar desempregado vai se tornando o normal, o usual.

As discussões teóricas têm apontado, nos vários autores, discordâncias profundas nas formas de se olhar o trabalho, enquanto uma categoria analítica socialmente determinada, que explica e produz o processo produtivo em suas diferentes formas de organizar a cultura e a sociedade.

(Re)visitar os autores que têm se dedicado às reflexões sobre o trabalho concretizou-se neste estudo, à medida que fomos realizando recortes interessados desta realidade, podendo, assim, reconstituir algumas trajetórias teórico-práticas que vêm enriquecendo os debates, em particular os que fazem referência ao trabalho, enquanto um processo que se produz no interior das práticas de saúde.

Embora não seja nosso propósito, por ora, ampliar e dar conta de toda a teoria que vem sustentando a discussão acerca dos debates empreendidos pelos diferentes autores desta temática, consideramos fundamental, de início, mesmo que sucintamente, trazer à

baila algumas reflexões que vêm se travando sobre os modos de se organizar o trabalho, em especial no que se refere ao setor de saúde.

Realizando o “debate” teórico sobre o trabalho

Constatamos, nos diversos autores, existirem várias formas pelas quais podemos produzir e reproduzir a vida material e social, assim como os modos de realização do trabalho humano, a construção do saber, o conhecimento, os valores e o estabelecimento das regras de convivência social. Isso são fenômenos humanos que se (re)produzem a partir das relações sociais entre os indivíduos, o que significa, de acordo com Pires (1996, p.21), que

...a introdução de inovações tecnológicas e organizativas, no processo de produção não pode ser explicada apenas por um determinismo tecnológico, precisa ser analisada como um fenômeno social que implica e é resultante de relações sociais, do jogo político e da disputa de interesses entre os indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida, inserção de classe e características culturais.

Nessa direção, lançamos mão da citação de Marx, in: Merhy (1997, p.81), em que as reflexões sobre o trabalho são concebidas inseridas numa perspectiva em que o trabalho não é visto apenas em sua “*dimensão mais operativa, enquanto uma atividade, mas antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em processo de mútua produção [...] Em que o trabalho ‘produz’ o homem*”.

Marx (1983), em estudo clássico sobre o trabalho, aponta as especificidades e peculiaridades do processo de trabalho, a partir de racionalidades dadas pelo homem (arquiteto), e a impossibilidade de essas especificidades ou características se instituírem no animal, no caso a abelha, quando a mesma materializa o produto do seu trabalho.

Braverman (1980, p.49) a este respeito declara que a “*espécie humana partilha com as demais a atividade de atuar sobre a natureza de modo a transformá-la e para melhor satisfazer suas necessidade*”.

Fazendo sobrevãos sobre essa discussão, Merhy (1997, p.81), em citação de Marx, aponta que este pensador, ao ~~apresentar~~ ~~apresentar~~ as diferenças entre o trabalho da abelha e o de um

arquiteto, o faz no sentido de identificar que a abelha, ao produzir o seu processo de trabalho, o faz aprisionando

...certo código fixo, gerando sempre um mesmo produto – a colméia, com suas favas, formadas pelos mesmos desenhos e com os mesmos tamanhos e com os mesmos materiais.

Para o autor, o trabalho da abelha, do ponto de vista “humano”, é visto como trabalho em si, que é instituído (dado),²⁷ repetindo-se tempos afins da mesma forma e com os mesmos rituais, ou seja, a reflexão que se faz é que essas não são, em princípio, características incorporadas ao trabalho humano, uma vez que o mesmo traz, em seu bojo, especificidades e características dadas por processos peculiares, já imaginados a partir de processos mentais, anteriores ao ato da produção, e que são construídos nos momentos primeiros da concepção desse trabalho pelo homem-arquiteto, ao vislumbrar as possibilidades do objeto a ser produzido. Nesse sentido, são processos efetivados anteriores ao trabalho em si.

Em Braverman (1980, p.49), está posto que o que importa, acerca do trabalho humano, não “*é a semelhança com o trabalho de outros animais, mas as diferenças essenciais que o distinguem como diametralmente oposto*”.

Merhy (1997, p.81), nesse diálogo, utilizando como metáfora o homem-marceneiro, afirma que o mesmo constrói o seu trabalho a partir de “*recortes interessados do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o seu processo de trabalho*”. Assim, continua, torna-se necessário pensar “*sobre como o próprio homem se produz do ponto de vista de construir seus interesses e do modo como vai se relacionando com o mundo no processo de trabalho, para realizá-lo*”.

Pensar nisso é pensar também o trabalho em si e os diferentes processos de trabalho produzidos pelo homem, que vão conformando o mundo do trabalho e as diversas áreas do conhecimento, inclusive a partir dos elementos constitutivos do trabalho, ou seja, os instrumentos de trabalho, os elementos do trabalho e os meios do trabalho (Merhy, 1997, p.81).

²⁷ Estamos tomando de empréstimo o sentido “dado” (como algo instituído) utilizado por Merhy (1997).

Nessa direção, tomando como exemplo o processo de trabalho realizado pelo homem-marceneiro, ao ser idealizador e construtor de determinado objeto – a cadeira –, Merhy (1997, p.83) chama a atenção que, embora alguns componentes do trabalho em si estejam sempre presentes, necessário se faz não apenas pensar antecipadamente, por exemplo, o projeto que vai oportunizar a construção da cadeira, mas é também fundamental que o marceneiro/trabalhador adquira ou seja possuidor de um “*certo saber tecnológico, um certo modo de saber-fazer, para poder juntar os três componentes anteriores e transformá-los em produtos específicos*”.

De certa forma, esse olhar do autor nos remete a algumas questões que estão na agenda das discussões sobre a temática do trabalho, em que conceitos têm sido questionados e/ou redimensionados para dar conta dos muitos aspectos contemporâneos do “novo” mundo do trabalho e do lugar que ocupa na vida dos indivíduos e nos processos produtivos.

É assim que autores, como Antunes (1995) e Off (1989), questionam a atualidade e a importância sociológica da categoria trabalho, enquanto um construto de centralidade em nossa sociedade. Ao se posicionar acerca da “*crise da sociedade do trabalho*”, Off (1989) identifica que se acumulam indícios de que o trabalho remunerado formal tem perdido sua qualidade subjetiva de ser centro organizador das atividades humanas, da sua auto-estima e das referências sociais que constrói, assim como das suas orientações morais.

Pires (1996, p.19) afirma que, apesar da relevância dos questionamentos acerca da importância sociológica da categoria trabalho para a sociedade atual, os argumentos apresentados, por si só, não tiram dessa categoria sua relevância, ou seja, a importância do trabalho, na perspectiva de se apreender “*como os homens produzem a sua vida*”, sendo este, ainda, um espaço privilegiado para se entender a historicidade da humanidade e das muitas relações estabelecidas entre os homens.

Off (1989, p.12), ao tratar das questões atinentes ao trabalho, além de apontar para a “*perda da centralidade do trabalho*” na vida dos indivíduos, destaca que, na atual sociedade, ganham vulto alguns setores que compõem o processo produtivo. Dentre eles, destaca o “peso” que o setor de serviços tem representado no que se refere ao contingente da força de trabalho e no que diz respeito ao produto interno de alguns países capitalistas, causando impactos também nos modos de vida da população economicamente ativa.

Os autores,²⁸ que têm se dedicado a estudar a sociedade humana e suas transformações no fim deste milênio, consideram haver um significativo aumento num dos setores da economia, que é o setor de serviços ou setor terciário da economia no qual se destaca o setor de saúde, que, na afirmação de Nogueira (s/d), transformou-se, até muito recentemente, num dos braços mercantis do setor, em particular o setor produtor de equipamentos e medicamentos. Entretanto, apesar da evolução desse setor, existem indícios do impacto da retração econômica, sobretudo no que diz respeito às ofertas de novos empregos ou mesmo da absorção de um contingente cada vez mais crescente de desempregados de outros setores.

A discussão, que autores como Off (1989) tem feito a esse respeito, aponta que uma das características destacadas no setor se refere à especificidade da força de trabalho, ou seja, além da característica da realização de tarefas 'estandardizadas', tem-se que destacar a inconstância da carga de trabalhos e a necessidade de reservas de qualificação na força de trabalho, assim como as especificidades, na determinação da remuneração do trabalho.

Uma outra característica do trabalho, nesse setor, é, de acordo com Off (1989, p.43), o de ser

...predominantemente feminino, realizado por funcionários privados e/ou públicos ou no âmbito do domicílio, [...] trabalho cujo status social e econômico se caracteriza pela falta de homogeneidade, havendo posições de salários e status elevados e ao mesmo tempo de posições de status marcadamente inferior.²⁹

As discussões sobre o mercado de trabalho, no bojo do setor de serviços, no qual o setor de saúde está inserido, devem ser feitas numa perspectiva que traga à tona a verificação de algumas hipóteses das quais se destacam, segundo Off (1989, p.45)

...os recursos políticos e econômicos dos trabalhadores que são, particularmente, desfavoráveis às suas chances, possibilidades e alternativa de inserção no mercado de trabalho, além da baixa

²⁸ A respeito ver Motta (1997), Antunes (1995), Pires (1996) e Off (1989).

²⁹ No contexto do setor público, essa é uma distância cada vez mais tênue, em decorrência da degradação dos salários que tem atingido, de forma linear, toda força de trabalho. As diferenças têm se dado, tomando como base o salário de médicos, de enfermeiras e o salário do pessoal de enfermagem, cabendo, assim, perfeitamente a observação de Off, 1989.

mobilização social/econômica, o que torna esses trabalhadores, em tese, mais disponíveis ao mercado, tornando seus salários mais vulneráveis e mesmo o seu trabalho mais preso às lógicas e determinações próprias da racionalidade técnica e organizacional.

Antunes (1995, p.36), questionando alguns teóricos e discordando dos que têm defendido “o fim da centralidade da categoria trabalho e a perda da referência da classe-que-vive-do-trabalho”, observa que as indagações e as respostas a essas questões são da maior complexidade, tendo impactos e repercussões que atingem, diretamente, os movimentos dos trabalhadores, naquilo que diz respeito à consciência de classe e mesmo das subjetividades dos trabalhadores.

Esse mesmo autor (1995, p.41) se respalda na constatação de que o universo do mundo do trabalho, nos países capitalistas contemporâneos, passa por uma série de mudanças estruturais e conjunturais, como a “desproletarização do trabalho industrial fabril, em particular nos países de capitalismo avançado, tendo menores impactos nas áreas industrializadas do terceiro mundo”.

Mas, paralelamente a esses processos, o autor identifica um novo delineamento, cujo quadro aponta para

...a expressiva expansão do trabalho assalariado, a partir da enorme ampliação do assalariamento no setor de serviços, onde verificou-se uma significativa heterogeneização do trabalho, expressa também, através da crescente incorporação do contingente feminino no mundo operário. Vivencia-se também uma subproletarização intensificada, presente na expansão do trabalho parcial, precário, subcontratado e terceirizado.

No que diz respeito às características que têm contribuído para a crescente tendência à terceirização no setor produtivo, essa é uma realidade “globalizada”, que tem atingido instituições como os hospitais, onde, conforme observa Pires (1996, p.44), “tem-se percebido um gradual processo em que a terceirização, é usada com o intuito de diminuir custos, com a força de trabalho e para fugir as pressões corporativas”.

Tem-se observado, no setor público de saúde, além dos propósitos de obter o mesmo trabalho, com “menores obrigações trabalhistas e sindicais”, a crescente ausência de vínculos com a instituição. A terceirização, no setor de saúde, ocorre, em particular, para

a contratação de algumas categorias profissionais “menos nobres”, no conjunto da força de trabalho no setor de saúde.

Nos hospitais, esse fenômeno se concretizou, num primeiro momento, para a contratação de pessoal para realizar tarefas de limpeza, de alimentação, de segurança e de auditoria.

Em nossa realidade, esse movimento crescente, no setor de saúde, atinge gradualmente o conjunto dos trabalhadores, inclusive aqueles profissionalmente mais qualificados, como tem sido o caso dos médicos e dos enfermeiros que, a cada dia, na realidade capixaba, em especial os médicos, vão se incorporando ao setor público de saúde, pela venda de serviços por intermédio das cooperativas médicas por especialidades, perdendo o vínculo institucional de assalariamento e mesmo o sentido de equipe e a referência com a própria clientela.

Essas situações nos levam a refletir sobre o quanto os novos desenhos institucionais cooperam para o enfraquecimento das políticas de recursos humanos e também para enfraquecer e diluir ainda mais a implantação do SUS, sua eficiência e resolutividade, uma vez que os princípios e interesses que forjam modelos, como as cooperativas, têm sido muitas vezes opostos aos princípios e mesmo à defesa de um sistema público de saúde com qualidade e comprometido com a vida dos cidadãos, sejam eles trabalhadores, sejam usuários que necessitam de assistência à saúde.

Tais fatos contribuem, inclusive, para ampliar as diferenças nos mesmos espaços de trabalho e criar subcategorias profissionais, ou seja, os trabalhadores cooperados sem vínculos institucionais têm, via de regra, melhor remuneração, ao mesmo tempo em que os funcionários empregados com vínculos institucionais (servidores público) têm menores salários e, algumas vezes, carga horária diferenciada. Mas, é bom que se diga que o ponto de união entre esses profissionais é a realidade de que todos, indistintamente, têm sido submetidos aos riscos ocupacionais, pela precariedade do ambiente de trabalho e do gerenciamento do sistema. Chamam a atenção as situações que dizem respeito aos crescentes fatores estressores do trabalho em saúde, como erros nos procedimentos assistenciais, contaminação dos trabalhadores, decorrente de ações do processo de trabalho – conforme identificado no aumento do índice de contaminação com material perfurocortante entre os trabalhadores, nos primeiros meses de 1998, no HUCAM.

Na discussão sobre a inserção das cooperativas nas lógicas que formatam as práticas de saúde, nos espaços institucionais, é importante que se percebam as próprias contradições que justificaram o surgimento das referidas entidades – as condições de trabalho ruins, o péssimo gerenciamento dos serviços e os baixos salários dos profissionais. As contradições se fazem evidentes no “retorno” dos profissionais cooperados para o mesmo espaço institucional “inadequado”, só que com salários bem mais generosos, embora as condições concretas do ambiente de trabalho e o modo de gerenciamento em nada ou pouco tenham se modificado nessa transição, como: o aumento da demanda de clientela, a falta de material, a sobrecarga de trabalho, o péssimo acolhimento nas relações intergrupos, a desassistência aos usuários, além da desvalorização do servidor público e da crescente desumanização da assistência e de outros fatores estressores.

O divisor de águas, na realidade, nos parece ter em particular duas lógicas bem demarcadas: o aumento do salário para os trabalhadores e o aumento da produtividade dos trabalhadores, sendo este um dos principais indicadores para que os gestores do sistema defendam as propostas contidas na formação das cooperativas. Têm importado muito pouco as formas de acesso, o acolhimento e a qualidade da assistência a ser ofertada aos usuários desses serviços e mesmo o custo real que essas situações possam estar gerando para o sistema. É bom que se diga que o “movimento” das cooperativas tem, lentamente, “contaminado” vários segmentos de trabalhadores, além dos médicos, e vai se incorporando no desejo e na organização de algumas categorias, como a enfermagem.³⁰ As dificuldades e resistências para a aceitação desse modelo para profissionais não médicos tem sido, do ponto de vista da adesão, bem maiores por parte dos gestores do sistema de saúde, na realidade do setor público.

Essas “novas” tendências nos atuais mercados de trabalho apontam na direção de uma gradual redução de trabalhadores com vínculos institucionais/empregatícios, em detrimento da opção de empregar-se cada vez mais e com maior frequência e flexibilidade a força de trabalho disponível no mercado, nas formas terceirizadas e, no setor de saúde, vêm se destacando os vínculos, por meio das cooperativas, para os médicos e os convênios para suprir a falta da maioria dos profissionais, como vem acontecendo na enfermagem.

³⁰ Em novembro de 1997, foi criada a primeira cooperativa de enfermeiros no Espírito Santo.

Na realidade, percebemos que tanto o Estado quanto as organizações sindicais não oferecem alternativas que se contraponham a esses fatos, apresentando estratégias que tenham centralmente como preocupação a solidariedade e a defesa da vida dos usuários dos serviços públicos de saúde. As intermediações Estado-Corporações têm sido muito mais na direção de amortecer os conflitos, privilegiar categorias e parece deixar fluir o curso das crises presentes principalmente no setor público.

Muitas dessas crises que atravessam o sistema de saúde em nível nacional tem se destacado de forma particular e rotineira no setor público de saúde capixaba. Basta que se tome como exemplo a greve de mais de um ano da categoria médica no IESP e com menor frequência as paralisações das outras categorias que compõem o setor público federal,³¹ sem que governo e trabalhadores mostrassem disposição concreta de negociações que viessem superar muitos dos problemas que têm levado a des-assistência da população. As portas de entradas dos hospitais público que são referência para prestar assistência de urgência/emergência dão a medida real do descaso como as questões de saúde têm sido tratadas na lógica do Estado mínimo privilegiado pelos neoliberais de plantão, conforme tem sido apontado por Campos (1994, 1992). Podemos constatar essas situações geradoras do caos e das crises institucionais/profissionais, ao vivenciar o cotidiano nessas instituições.

Essas crises instaladas nas instituições apresentam alguns indicadores que merecem ser mais esmiuçados, tais como: o aumento no absenteísmo; o esvaziamento institucional por afastamentos de pessoal, por adoecimentos; faltas sem justificativas; licenças de diversas ordens. Os pedidos de aposentadoria e demissão se tornaram rotineiros, conforme vem ocorrendo em algumas instituições públicas. Um outro fator que não pode estar ausente, ao se buscar compreender o que vem acontecendo no setor, diz respeito aos diversos mecanismos utilizados para desvalorizar o setor público e o servidor público, transformando muitas vezes os trabalhadores em pessoas desmotivadas, impotentes e frustradas com a sua realidade profissional/institucional, desacreditando, inclusive, na própria possibilidade de defesa do sistema público de saúde.

³¹ O início de abril de 1998 até junho/98, o HUCAM/UFES, à semelhança de outras IFES, participou do movimento grevista nas universidades, num primeiro momento, contando com a participação de funcionários técnico-administrativos e, posteriormente, esse movimento foi ampliado pela participação dos docentes e alunos. A principal motivação para esse movimento teve como centro as questões relativas a salário, uma vez que há cerca de três anos os trabalhadores, no setor público, estão com os salários congelados.

Tomando o HUCAM como exemplo, usando apenas a categoria de enfermagem como amostra, verificou-se, no período de 1996 a 1997, cerca de quarenta pedidos de demissão, havendo uma retração da força de trabalho da enfermagem nesse período, na ordem de 6,18%.³² Consta, nesse informativo, uma análise sobre o desempenho da instituição, constatando o crescimento “*das consultas ambulatoriais e exames de análise clínica [...] o heroísmo do pronto-socorro em suportar o grande aumento da demanda*”.

Identifica, ainda, o crescimento no setor de internação, observando ser “*importante frisar que esses resultados foram alcançados em paralelo à diminuição do número de funcionários do MEC no HUCAM, sem que conseguíssemos a reposição correspondente*”.

As suposições que têm justificado tais fatos têm como centro os baixos salários; as péssimas condições de trabalho; a sobrecarga de trabalho pela necessidade de “aumentar” a produtividade, mesmo com a redução do percentual de trabalhadores; o medo da perda de conquistas trabalhistas, acelerando assim as aposentadorias; a carga horária de quarenta horas semanais; a duplicidade dos vínculos empregatícios no setor público; e mesmo a insatisfação por estar trabalhando num setor de tanto *stress*.

Os dados da realidade indicam o quanto o mundo do trabalho, baseado na perda dos direitos conquistados pelos trabalhadores de forma geral, pode ser perverso e contribuir para a (des)articulação e vulnerabilidade da força de trabalho. As propostas neoliberais em franca ascensão, além dos malefícios à clientela dos serviços públicos, têm contribuído para tornar a força de trabalho um protagonista que tem sido, ao mesmo tempo, vítima e algoz no sistema, estando cada vez mais vulnerável ao subemprego e à demissão, em particular nos vínculos terceirizados, podendo os trabalhadores serem substituídos com um mínimo de custos para o setor produtivo e as instituições empregadoras.

Essas situações causam sérios impactos no planejamento das ações institucionais e mesmo têm alterado o ânimo e a auto-estima dos trabalhadores, enquanto classe que ainda vive e depende do trabalho, em particular os dependentes do setor público brasileiro, como atesta um estudo efetivado por Marsiglia (1993), quando capturou a realidade vivida cotidianamente pelos trabalhadores inseridos no setor público de saúde, no contexto paulista.

³² Dados contidos no Informativo HUCAM, n. 6, jan./mar. 1998.

Constata-se, ainda, que as “soluções ou determinações”, advindas do mundo do trabalho, se refletem e causam impacto de forma muito especial e particular no contingente de trabalhadores, composto em sua maioria por mulheres, sendo que muitas delas têm ainda uma escolaridade e formação profissional muito abaixo das necessidades que vão sendo criadas na nova lógica vigente, sem contar os aspectos referentes a salário e mesmo outras situações próprias de profissões em que as questões relacionadas ao gênero tem, na sociedade, uma conotação diferenciada, conforme se observa na categoria da enfermagem.

É Antunes (1995), ainda, que, ao apresentar considerações acerca das mudanças no mundo do trabalho, destaca que a feminilização da força de trabalho tem se acentuado ao longo das últimas décadas, sendo este um

...traço marcante das transformações em curso no interior da classe trabalhadora [...], que convive com um enorme contingente de mulheres em setores como o têxtil, onde esta presença sempre foi expressiva e também em novos ramos, como a indústria microeletrônica, sem falar do setor de serviços [...]. Percebe-se a gradual incorporação e mesmo o aumento da exploração da força de trabalho feminino.

As questões de gênero que atravessam a organização do trabalho é uma realidade e algumas atividades na área de serviços têm sido atingidas, de forma muito nítida, como o setor de saúde, e nele a enfermagem, conforme estudo realizado por Silva (1986). Esses setores, mais que os demais, ao estarem aí incluídos, têm sido sobremaneira influenciados por esses processos, em especial no que diz respeito ao lugar da mulher no processo produtivo. Muitas das situações, independente da categoria sexo, contribuem para acentuar os mecanismos utilizados para se efetivar a desvalorização profissional, a perda da solidariedade e de afeto no trato com o outro, contribuindo para a (des)construção dos sujeitos trabalhadores de saúde, conforme têm demonstrado autores como Campos (1994) e Merhy (1997).

É bom, entretanto, que se diga que o trabalho tido como de características “masculina”, em tese mais valorizado, como pode parecer a princípio, não tem ficado isento dos muitos processos oriundos da desvalorização dos trabalhadores e dos atos de exploração que são forjados no interior dos processos produtivos, sendo o cenário do setor

de saúde um testemunho vivo para se apreender as imagens focadas no interior da maioria dos serviços.

Sendo assim, podemos afirmar que o trabalho feminino, por razões historicamente já comprovadas, possibilita uma maior visibilidade destes processos já instituídos na cadeia produtiva, como se dá no setor de saúde e em outros setores. Estamos destacando adiante muitas das características que constituem o trabalho em saúde, utilizando, para tal, as muitas singularidades do trabalho das enfermeiras-enfermagem.

Nesse sentido, os debates que vêm sendo travados, tendo como eixo condutor a gestão dos “recursos” humanos em saúde, estando neles incluído o trabalho da enfermagem, se inserem ainda numa direção analítica, onde autores, como Antunes (1995) e Alves (1997), têm demonstrado, conforme atesta Antunes (1995, p.46), que a

...presença feminina no mundo do trabalho nos permite, acrescentar que se a consciência de classe é uma articulação complexa, comportando identidades e heterogeneidades, entre singularidades que vivem uma situação particular no processo produtivo e na vida social, nas esferas da materialidade e da subjetividade, tanto a contradição entre o indivíduo e sua classe, quanto aquela que advém da relação entre classe e gênero, tornaram-se ainda mais agudas na era contemporânea. Embora a classe-que-vive-do-trabalho é tanto masculina quanto feminina, sendo portanto, também por isso mais diversa, heterogênea e complexificada.

Para nós, e mesmo para alguns autores desta temática, se mostra fundamental entender muitas dessas dimensões, num mundo em mudanças, inclusive dos processos produtivos, aprisionando as várias dimensões presentes nas relações de exploração e dos enfrentamentos entre capital/trabalho. Entender esses fenômenos e suas particularidades é, ao mesmo tempo, compreender as relações que muitas vezes oscilam nesses espaços entre as ações mediadas pela solidariedade, humanização e cumplicidade e entre as atitudes muitas vezes opressivas, autoritárias, desumanizadas, carentes de acolhimento e do direito à cidadania e à solidariedade.

Assim vão se constituindo na maioria das vezes, infelizmente, as relações entre os indivíduos, sejam eles homens ou mulheres, estejam eles na medicina, na enfermagem, na educação, não importa, uma vez que as relações que estabelecem são relações determinadas

e determinantes que se (re)produzem nos espaços cotidianos, onde o trabalho e o trabalhador no setor de saúde têm sido um exemplo vivo para ratificar a maioria das afirmações aqui em discussão.

2.2.1 Protagonizando o trabalho em saúde

O processo de organização do trabalho em saúde tem seguido a trajetória evolutiva, em que, no passado, as ações de saúde se limitavam a cuidados simplificados, geralmente executados nas residências dos enfermos, com forte cunho religioso; em nossos dias, os cuidados passam a ser executados nos espaços institucionais. Morrer, por exemplo, passa a ter o espaço institucional hospitalar como lugar social determinado. Para tal, utiliza-se todo um complexo instrumental tecnológico, que será manipulado por um contingente diversificado de trabalhadores da saúde ou de outros profissionais que vêm lhes dar suporte.

A complexidade tecnológica, que vem se incorporando ao setor, marcadamente a partir do final da década de 50, traz como resultado um crescente número de profissionais das áreas mais diversificadas, trazendo para à área saberes interdisciplinares, que vão ajudar na constituição e fragmentação de novos saberes e práticas, constituindo novos perfis e hegemonias para o trabalho em saúde.

Dessa forma, a trajetória das práticas de saúde vai historicamente se transformando, conforme esses processos vão se constituindo, embora a perspectiva fundante que lhe dá finalidade e especificidade permaneça a mesma, ou seja, a prestação da assistência à saúde.

Autores como Pires (1996) e Campos (1992, 1994), ao estarem caracterizando e apontando as especificidades do trabalho no setor de saúde, apontam que este é um trabalho produzido em sua maioria no âmbito institucional, seja no ambulatório, seja no hospital, estando cada vez mais atrelado à complexidade hospitalar. O trabalho coletivo em saúde tem a sua maior centralidade na figura do médico, que efetivamente é quem tem dado direcionalidade e imprimido as lógicas ao setor, tornando os outros trabalhos parcelares realizados pelos outros trabalhadores subsidiários ao seu trabalho.

Esses autores apontam que o trabalho em saúde, realizado no âmbito institucional, de certa forma manteve um certo padrão de autonomia, no que se refere aos profissionais de nível superior, o que permite que não se concretize nos moldes convencionais uma total

separação entre a concepção e a execução do trabalho, em particular no que diz respeito ao trabalho dos médicos. Campos afirma que os profissionais médicos se integram ao hospital ou à instâncias dos serviços de saúde, conservando boa parte de seus hábitos de produtores autônomos, sendo refratários às ordens, ao cumprimento dos horários de trabalho e às normas e rotinas institucionais, o que se reflete também na postura dos demais trabalhadores que se espelham muitas vezes nesses profissionais, para reproduzir suas ações nesse espaço.

Em realidade, apesar da crise por que vem passando, os médicos permanecem, segundo Campos (1992), ditando as regras do processo de organização do trabalho. Dentre os profissionais, devido a sua maior autonomia, pode-se afirmar que o modelo de gerência científica, de grande influência na lógica do trabalho da enfermagem, teve menores impactos sobre essa prática, e “os médicos historicamente têm determinado o como fazer” e organizar os processos de trabalho.

Não obstante, a característica de maior autonomia dos médicos, alguns autores³³ têm identificado a ocorrência não só de um processo de assalariamento, que já atinge a maioria dessa categoria e praticamente todos os outros profissionais de saúde, mas, também, um crescente processo de subempregos e de diversidades de vínculos institucionais e, mais recentemente, esses trabalhadores têm sido também submetidos aos processos de terceirização nos vínculos de trabalho, conforme já nos reportamos.

Apesar da maior autonomia de algumas profissões no setor de saúde, Pires (1996, p.112) aponta que *“todos que trabalham em instituições, mesmo com diferenciações, em função do caráter da relação trabalhista, sofrem os constrangimentos das regras de funcionamento das instituições e das regras vigentes sobre o exercício profissional”*.

Merhy (1997, p.78) nos adverte que o trabalho na área de saúde se realiza num *“espaço de autogoverno”*, que é dado pela sabedoria e prática desses agentes. Essa característica propicia que o trabalhador, com sua autonomia ou, como o autor chama, autogoverno, possa, de certa forma,

³³ A respeito, remetemos à leitura de Lima (1998), Merhy (1997), Almeida (1997), Machado (1995) e Campos (1992).

...privatizar o uso deste espaço, conforme o modelo técnico-assistencial, sem ter de prestar conta do que e do como está atuando [...] uma vez que o autogoverno do trabalhador é muito amplo, podendo exercê-lo sob um processo intensamente privatizado e fragmentário ou não, isto vai depender dentre várias situações do modelo de atenção entre outras intencionalidades.

Esse mesmo autor (1997),³⁴ em sua reflexão, toma como cenário, para explicar o trabalho em saúde, o próprio espaço cotidiano onde se produz a organização do trabalho. A opção pelo mesmo se dá considerando o cotidiano institucional como o lugar onde vários cenários se interpõem, apresentando um “*mundo de significações*”, que é atravessado e não necessariamente compartilhado pelo conjunto dos agentes em situação institucional. Para o autor, o cenário dos serviços em saúde é espaço de produção, tanto das relações quanto de bens e produtos.

Assim, na concepção desse autor, a opção por re-significar o processo de trabalho em saúde, tomando como lugar o espaço cotidiano das práticas de saúde, se deve ao fato de que esse

...é o lugar onde há permanentemente as mútuas invasões dos dois mundos entre si. É, portanto, onde se produzem os ‘estranhamentos’, os ruídos, as falhas do mundo com sentido no instituído e cheio de significados, onde os acordos e os contratos existem e funcionam e ao mesmo tempo onde os instituintes impõem estranhamentos, quebras de linhas de fuga e novos possíveis em disputa.

Merhy (1997b), nos adverte ainda com a preocupação de não se restringir o debate sobre o trabalho em saúde à perspectiva de “*tecnologia*”, enquanto equipamento/maquinário. O autor entende que, quando se fala em trabalho em saúde, não se está referindo apenas ao “*conjunto de máquinas que são usadas nas ações de intervenção realizadas por exemplo sobre os pacientes*”. O entendimento do autor sobre “*equipamento*” compreende muito mais que máquinas, ou seja, vai além das “*várias ferramentas, máquinas e instrumentos utilizados para dar conta da assistência à saúde*”.

³⁴ A respeito do Trabalho em Saúde, estamos remetendo à leitura de Merhy (1997), parte I, do livro *Agir em Saúde* (1997).

O autor introduz nesse debate distinções sobre o significado da tecnologia, nesse setor, que denominou como “*tecnologias duras, leves-duras, e leve*”,³⁵ explicando que a distinção entre essas tecnologias vai se dar a partir de perspectivas inseridas numa lógica em que, por exemplo, as tecnologias tidas como

...leves incorporam um saber que as pessoas adquiriram e está na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles [...] mas é dura na medida que é um saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável (Merhy, 1997b, p.3).

Também é Merhy (1997b, p.7) quem nos interroga sobre o significado do trabalho em saúde e afirma que qualquer que seja nossa abordagem junto ao usuário/paciente, a relação que se estabelecerá será sempre a de uma pessoa atuando sobre a outra, havendo, nesse processo de trocas, “*jogos de expectativas [...], momentos de fala, escutas e interpretações no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro*”.

Esses momentos são assim compartilhados enquanto momentos de

...cumplicidade nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, momentos de confiabilidade e esperança nos quais se produzem relações de vínculos e aceitação (Merhy, 1997, p.7).

Nesse sentido, o autor aponta que a direção a ser tomada, para re-qualificar o trabalho em saúde, dar-se-á em especial baseada em resultados que influem em três processos que se coadunam a partir da “*maior defesa possível da vida do usuário; um maior controle dos riscos de adoecer ou agravar seu problema; a produção de um modo mais autônomo dele estar no mundo*”.

Desse ponto de vista, a postura do trabalhador frente ao seu processo de trabalho se produzirá em ato, e no próprio dizer do autor, de forma “*inesgotável*”, a partir de compromissos permanentes como os seus atos de “*acolher, responsabilizar-se e resolver*” os problemas e necessidades que se apresentam à sua frente.

³⁵ A respeito, recomendamos a leitura do capítulo do livro *Agir em Saúde*, já citado.

É assim que Campos in: Cecilio(1994 p.30) nos adverte qu qualquer projeto de mudanca nas lógicas do setor de saúde tem necessariamente que consider ao mesmo tempo, *“tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionameto das instituições de saúde”*. Tem que ter impactos, contaminar positivamente e simultaneamente *“as pessoas, as estruturas e as relações entre elas, criando-se também formas outras de responsabilizações e autonomias”* entre os protagonistas.

Entender isso é compreender os processos de mudanças necessários para transformar e qualificar a assistência à saúde, tendo como centro o usuário dos serviços. É ainda Merhy (1997b) quem aponta a necessidade de os trabalhadores de saúde comprometerem-se de maneira geral com os processos de gestão, de forma mais coletiva, principalmente no que se refere à produção dos processo de trabalho, considerando como indicadores os resultados concebidos em termos dos beneficios que suas ações trarão para os usuários.

É assim que Campos, In: Cecilio (1994, p.30), nos adverte que qualquer projeto de mudança nas lógicas do setor de saúde tem necessariamente que considerar

...ao mesmo tempo, tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais.

Ou seja, tem que ter impactos, contaminar positivamente e “simultaneamente” as pessoas, as estruturas e as relações entre elas, criando-se também formas outras de responsabilizações e autonomia entre os protagonistas.

Nessa direção, tomando como exemplo a busca por *“assistência à saúde”*, temos que considerar que a sua viabilização se dá na medida em que vários trabalhadores atuam, transformando, assim, essa busca numa ação coletiva concreta. Tendo, como exemplo, uma gestante no ritual da busca por assistência pré-natal, temos que considerar que a sua viabilização se dá na medida em que vários protagonistas entram em campo, buscando, em tese, uma ação coletiva concreta e cada qual se utilizando das suas especificidades profissionais.

Ao ter como centro o gerir e produzir ações cuidadoras para uma gestante que busca atendimento de saúde, pelo atendimento pré-natal na rede pública, vamos verificar que um diversificado número de trabalhadores, com seus conhecimentos, autogoverno, autonomia e poder, vai intervir sobre o processo saúde-doença dessa gestante “permitindo” que ela tenha ou não acesso aos serviços que ela demanda.

Nesse processo, vamos perceber que o trabalho e suas determinações, como o acesso, o acolhimento, a resolutividade e a igualdade de tratamento, não se efetivam apenas por meio do ato médico, ou da enfermagem; ele se produz numa cadeia intricada de relações, que, de uma maneira simplificada, poderíamos dizer que vai dos porteiros ou recepcionistas que dão acesso ou não, permitindo a entrada dessa gestante na instituição, ao médico, ao enfermeiro ou outro profissional de saúde que vai atendê-la, ou seja, todos os trabalhadores que tiveram algum ato profissional relacionado a esse atendimento estão envolvidos com a produção do processo de trabalho, facilitando ou dificultando, dominando ou interferindo em parcelas do mesmo, ou seja, estão envolvidos, do porteiro, com seu poder de “deixar entrar ou não a cliente”, ao serviço de arquivo médico (SAME), que vai cadastrá-la ou fazer os agendamentos de consultas e/ou internação, até mais diretamente os profissionais de saúde, envolvidos com a assistência propriamente dita, como médicos, pessoal de enfermagem, serviço social e outros.

Essa forma de gerir cotidianamente o trabalho em saúde contribui para que o trabalho parcelar, que compõe o conjunto das práticas, tenha, em tese, um mesmo objeto de trabalho – a assistência à gestante – compartilhado e partilhado pelos diferentes saberes e trabalhadores que compõem a equipe de saúde, mesmo que eles tenham concepções diferentes do que seja assistir uma gestante e sobre o pré-natal, conforme foi demandado para o serviço.

Dessa forma, é Merhy (1997, p.10), novamente, quem nos incita à reflexão da necessidade de compreendermos que o

...conjunto dos trabalhadores de saúde, apresentam potenciais de intervenção nos processos de produção da saúde e da doença, marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um guarda da porta de um estabelecimento de saúde.

Tomando como norte esse ponto de vista, revisitar a enfermagem, no seu papel de “*cuidadora*”, ganha uma outra dimensão, em particular, se tomarmos como reflexão as afirmações de Lima (1998) sobre o papel intrínseco à enfermagem que é o de ser cuidadora na assistência à saúde; e de Merhy (1997b, p.10), ao considerar que um modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa radical da vida, passa pelo reordenamento das relações entre as tecnologias “leves e duras”, mediadas pelas “leves-duras”. Até porque, afirma,

...o território das tecnologias leves não é campo específico de nenhum profissional, mas base para atuação de todos e onde os saberes estruturados se colocam como estratégias de intervenção, constituindo-se assim em elemento vital para a ação do diferentes profissionais de saúde.

Nessa direção, vamos aprender e apreender, em vários autores desse debate,³⁶ pistas que muito podem nos ajudar nas nossas interrogações, sobretudo naquelas que se referem às perspectivas de, na organização cotidiana do trabalho da enfermagem, se aprisionar a produção de um novo estilo de gestão, que não só contribua para re-organizar o trabalho, dar conta das políticas e dos modelos de assistência para o setor de saúde, mas que sirvam, também, para re-qualificar o significado do cuidar e da vida no trabalho nesse setor.

Ferraz (1996, 1995), Cecilio (1997, 1994) e Campos In: Cecilio (1994) apontam para algumas possibilidades da implantação de “*modelos gerenciais alternativos e a necessidade de se produzir nos espaços de trabalho estratégias*”, que possam contribuir para o debate e mudanças nas questões postas como problema para organizar e gerenciar o trabalho na área de saúde.

Nessa direção, Campos, In: Cecilio(1994 p.75) nos mostra que um dos lugares privilegiados para a ocorrência desses processos, se dá na produção da “*...gestão do cotidiano [em que] se constroi esta ou aquela subjetividade, sujeitos autônomos ou sujeitados*”.

O autor (1994 p.75) aponta que, no setor de saúde, a revolução do cotidiano passa pela

³⁶ Utilizamos, para tanto, a produção teórica que tem sido produzida pelo grupo do LAPA, em particular, os textos contidos nos livros – Cecilio, L. C. Org. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994, e Merhy, E. E. e O. R. (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

...reforma nos modos de se fazer a clínica, a saúde pública, pelos modos de gerir e distribuir o poder nas instituições, pela delegação/instituição de novas cotas de responsabilidade e autonomia.

2.3 A enfermagem: protagonizando o agir cuidador em saúde

Autores como Almeida et al. (1997, 1986) e Silva (1997), que têm estudado a enfermagem, constataram que, nessa profissão, se acentuam as dicotomias na divisão entre aqueles que concebem, pensam o trabalho – administram – sendo essa uma tarefa diretamente relacionada à ação da enfermeira; e os que fazem – cuidam – no sentido de intervir sobre o corpo do paciente/usuário da assistência de enfermagem, estando essas ações sob responsabilidade do pessoal auxiliar. Compreendemos, como as autoras, que essa é apenas uma das faces das muitas moedas que conformam essa prática.

O modelo de gerenciar os processos que organizam o trabalho na enfermagem vem sendo questionado, tendo em vista o seu cunho burocrático, baseado numa conformação taylorista, cuja lógica se espelha num modelo de supervisão burocrático, alienado, normativo, punitivo e controlador, conforme identificado por Silva (1997).

Isso pudemos constatar, também, ao captar alguns “*flashes*” da própria história da enfermagem e do como essa prática foi se constituindo e organizando no interior das instituições e se transformando nos contextos sócio-econômicos, nos quais foi se inserindo. Nessa medida, como observa Ferraz (1996), na *análise* do trabalho moderno, os hospitais, dentre as instituições de saúde, se colocaram tanto como produto da revolução industrial quanto da científica. Engendrada nesse espaço de práticas e nesse contexto de progresso, a enfermagem institucionalizou-se, tendo como uma de suas principais funções implementar partes da organização racional do trabalho em saúde.

Ferraz (1996, p.7), ao analisar a influência da gerência científica na organização do modelo “*administrativo burocrático*” na enfermagem, identifica que a lógica implícita no bojo do mesmo “*traduz os valores da modernidade, tão arraigados na administração em enfermagem*”.

Diríamos que esses são valores cuja reprodução se inicia nos conteúdos transmitidos aos futuros profissionais no processo de formação e, posteriormente, se fortalecem ao se inserirem como “*enfermeiras supervisoras/chefes*” nos espaços profissionais.

Para muitos autores, essa influência se dá deste a origem ou nascimento da enfermagem profissional com Florence Nighingale, ao proceder à sua institucionalização, em 1854. Trevisan (1988) identificou que coube a Florence, reconhecidamente, ser considerada como a enfermeira precursora da profissão, sendo responsável por introduzir, dentre outros princípios, os da administração, o que viria contribuir, sobremaneira, não só para organizar o trabalho da enfermagem, mas também na reorganização hospitalar da época.

Afirma a autora que, a partir da metade do século XIX, coube a Florence Nighingale mostrar a necessidade da aplicação de princípios e funções administrativas nas instituições hospitalares, ao comprovar, por meio de atos e ações, as suas convicções, de tal forma que seus repetidos sucessos levaram-na a ser considerada como pioneira da administração hospitalar.

Tanto Trevisan (1988) quanto Ferraz (1996, 1995) nos mostram o quanto, na trajetória da enfermagem profissional, foram se consolidando não só os princípios capitalistas da divisão do trabalho, mas, em sua decorrência, foi se reproduzindo um modelo hierarquizado, verticalizado, baseado no controle de pessoal e de material, ou mesmo da própria dinâmica da organização institucional.

Lima (1988) aponta que a influência desse modelo deu-se, em particular, nos modos de incorporação do papel a ser desempenhado pelas enfermeiras enquanto chefes/supervisoras da equipe de enfermagem, por meio das ações do controle exercido pelas enfermeiras, tendo como lógica a necessidade de se “impor”, junto à equipe, e para tal ela utiliza como estratégia a justificativa do ter que “*dar conta de tudo que se passa na instituição*”, inclusive tentando controlar, no sentido de vigiar, o trabalho dos outros profissionais, ou seja, checando as prescrições médicas, observando o que não foi feito e “controlando” cotidianamente os processos de trabalho de setores, cujas interfaces, de certa forma, interferem em seu trabalho, como: a manutenção, a lavanderia, a nutrição, a farmácia, o serviço social e os setores de exames (laboratório, Raio X). Com a portaria (recepção), as tentativas de controle têm se dado principalmente visando ao controle de visitas, ao disciplinamento e à ordem institucional e também pelo resguardo do patrimônio institucional.

Essas tentativas, na realidade, têm servido como foco de “*freqüentes conflitos e constrangimentos*” na relação com a equipe de saúde, com os cargos de direção e mesmo com os usuários dos serviços. A realidade do trabalho das enfermeiras mostra que essas situações contribuem muito mais para afastá-las do que, em essência, deveria ser o fundante de suas preocupações.

Assumir e chamar para si a totalidade do controle institucional, conforme parece estar consolidado na realidade concreta e mesmo no imaginário da maioria das enfermeiras, tem se posto muito mais como um problema do que como solução aos anseios dessas profissionais. Isso, de certa maneira, contribui para aprofundar as muitas crises por que passa a profissão, dentre elas, a crise profissional apontada por Almeida (1986), e mesmo vem contribuindo para o aprofundamento da sensação de impotência, detectada por Lima (1988), por não darem conta dessas representações.

Os vários movimentos, instituídos na lógica da organização do trabalho das enfermeiras, chamou a atenção de Gonçalves (1994), ao ter como referência o processo de trabalho das enfermeiras em centros de saúde, mas entendemos que possa ser também estendido ao contexto hospitalar.

Gonçalves (1994, p.203) identificou que “*as concepções que as enfermeiras, portam acerca do seu trabalho [estão relacionadas à] identificação que fazem de si mesmas, como sendo acima de tudo [chefes] supervisoras*”.

Sendo assim, o sentido de supervisão é dado pelas dimensões postuladas, pelo paradigma da gerência científica, sustentado na necessidade do controle, enquanto uma estratégia “administrativa” para se exercer o poder sobre as pessoas.

A autocaracterização das enfermeiras, apreendida por Gonçalves (1994), foi estruturada no interior das racionalidades, que tomam como lógica a necessidade da supervisão, associada ao controle dos processos, sobretudo os executados pelo pessoal auxiliar, visto pelas próprias enfermeiras, segundo Gonçalves (1994, p.203),

...como trabalho que precisa de constante supervisão, uma vez que é executado por pessoas de baixa qualificação profissional, e na maioria das vezes desconsideradas [ignoradas] no processo de organização do trabalho.

Para Gonçalves (1994), a justificativa da supervisão na enfermagem se esconde por detrás da concepção do

...caráter não profissional do trabalho do pessoal auxiliar, além de sua posição hierarquicamente subordinada, tornando-os, assim, muito vulneráveis à direção técnica na execução das tarefas parcelares que executam.

Esse trabalho, na realidade, conforme tem sido questionado por alguns autores, entre os quais nos incluímos, tem sido muitas vezes realizado por pessoas sem a devida habilitação e “*treinamento profissional continuado*” e, por diversas justificativas, “*esconde*” a própria lógica do lucro. Na realidade, a utilização da força de trabalho menos qualificada, do ponto de vista profissional, dentre outras razões, tem sido uma das opções utilizadas pelo setor produtivo para viabilizar o barateamento dos custos com a força de trabalho e para melhor poder controlá-lo.

No setor de saúde, podemos pensar que tal opção tem a ver, também, com o valor social/econômico dado, em nossa sociedade, aos processos do ter saúde e do estar doente, de quem cuida/é cuidado e de quem cura/é curado, por exemplo.

Como afirma Gonçalves (1994), esse perfil da força de trabalho da equipe de enfermagem, apesar das queixas das enfermeiras, contraditoriamente, tem sido muito conveniente a esse grupo, uma vez que a baixa qualificação permite, também, que as enfermeiras exerçam o poder embutido num saber, muitas vezes teórico, raramente socializado com a equipe e que, ao contrário, tem ignorado o saber que se produz no cotidiano do trabalho por esses agentes. Isso, para o autor, ajuda as enfermeiras a “*amoldar os seus funcionários auxiliares, conforme pretendem*”.

Tanto Gonçalves (1994, p.204) quanto Ferraz (1996, 1995), ao tratarem do trabalho das enfermeiras, o apreende numa perspectiva em que está implícito um modelo de “*gerência intermediária*”, cabendo como parcela maior desse trabalho a supervisão, em detrimento da assistência direta, uma vez que a supervisão, para as enfermeiras, é usada como uma ferramenta de *status* e poder, para viabilizar o controle. Conforme detectado por Gonçalves (1994), o instrumento da supervisão traz para este grupo uma “*representação de uma importância maior do que efetivamente tem*”.

Na realidade, a importância da supervisão é dada pela *“representação e um imaginário de poder”*, que essa tarefa incorpora ao trabalho das enfermeiras, pois é através dela que podem inclusive viabilizar, diariamente, remanejamento de pessoal e determinar os espaços de trabalho para o pessoal auxiliar; delegar tarefa; punir ou premiar os funcionários; controlar a presença/ausência e a produtividade dos trabalhadores e o comportamento na instituição e ainda implantar normas e rotinas. A supervisão, tema que retomaremos adiante, tem servido também como *álibi*, para que as enfermeiras se ausentem e se (des)comprometam com a assistência no cuidado direto da assistência de enfermagem.

Apesar da representação de importância que é dada a essa tarefa, assim como Gonçalves (1994), pudemos constatar que, via de regra, para as enfermeiras, a representação posta na execução da supervisão, enquanto possibilidade do exercício do poder, tem dimensões ambíguas, ou seja, o controle, sendo vivido como *“ação inerente”* ao seu trabalho, é visto como algo positivo e desejável, mas também como algo indesejável, que inclusive afasta não só a enfermeira da assistência direta, mas, principalmente, afasta-a da equipe sob o seu comando e dos processos pedagógicos que poderiam formular e vivenciar juntos, enquanto uma parte importante do trabalho coletivo na saúde. Também tem servido, principalmente no atual modelo, para empobrecer essa prática ao não ter concretamente como fundante e central o usuário da assistência *“planejada”*.

Gonçalves (1994, p. 206), ao apresentar considerações sobre essas ambigüidades do processo de trabalho das enfermeiras, afirma, com muita propriedade, não ser possível conceber um trabalho coletivo, seja ele o que for, que *“não precise ser controlado e supervisionado ao mesmo tempo, do ponto de vista técnico”*.

O que está em questão e, de certa forma, parece causar inquietação a algumas dessas profissionais, não é necessariamente esse ponto de vista, como afirma Gonçalves, mas sim, um outro ponto de vista, correlato, inseparável e no fundo indissociável e determinante, referente ao significado social da direção do trabalho, a ser considerado sobretudo na dimensão do trabalho e os seus estilos de ação ao ser produzido no cotidiano institucional.

No nosso ponto de vista e pelo que temos constatado junto às enfermeiras, o que tem causado incômodo em relação a essa questão, além do apontado por Gonçalves, é o quanto o exercer o controle do processo de trabalho nesses moldes tem se constituído em mais um elemento estressor e contribuído para des-humanizar a relação das enfermeiras

com aqueles que, em tese, deveriam ser seus parceiros e aliados de trabalho – os próprios componentes da equipe de enfermagem – e o quando tem servido para des-harmonizar a sua auto-estima e o seu estar no mundo consigo mesmo e interagindo com o outro, conforme verificaremos no próximo capítulo.

O campo empírico e nossa vivência como enfermeira nos permitiu afirmar que muitas das situações causadoras de questionamentos e desmotivação no interior da profissão, além de afetar as relações no grupo, afeta as demais relações, em particular com os usuários que demandam assistência de enfermagem e, de certa forma, essas situações contribuem para acentuar muitas das dicotomias já mencionadas, sobretudo as que têm restringido e empobrecido os significados do que deva ser o produzir e gerir o cuidado pela enfermeira.

Nesse sentido, Ferraz (1996, p.9) adverte que a forma como o trabalho da enfermagem vem sendo gerenciado tem contribuído para que

...a organização do trabalho da enfermagem, para a maioria dos enfermeiros em postos de chefia, tem se revelado numa tarefa difícil em função da grande contingência de conflitos emergentes no cotidiano.

Adverte, ainda, que há uma necessidade emergencial, no interior da enfermagem brasileira, de se operar a des-construção do estilo da gerência científica e, para tal, aponta que temos que nos debruçar sobre coisas simples, valoráveis da enfermagem, “*a fim de transformar essas tarefas burocráticas em uma prática sensível ao cuidado ao doente*”.

Concordamos com Gonçalves (1994, p.206), quando afirma que

...o mais importante nessa assunção conflituosa das funções técnicas e sociais do trabalho, é que a possibilidade da sua racionalização de forma consistente com um padrão tecnológico estruturado sobre o coletivo (equipe de trabalho) ,terá limitações importantes e significativas. Limitações cujo sentido total, não se pode apreender se não for por referência ao conjunto da organização tecnológica desse trabalho e das suas relações com outras práticas de saúde e com a estrutura social.

2.3.1 A enfermagem: protagonizando mudanças nas lógicas institucionais no trabalho em saúde

A maioria dos debates sobre o trabalho em saúde tem sido na perspectiva de entendê-lo a partir da racionalidade médica. Dentre esses autores, se destacam, em nossa realidade, os estudos sobre profissões, na área de saúde, realizados por Machado (1995, 1994).

O debate que essa autora e seus interlocutores têm apreendido parte do princípio teórico de que as práticas de saúde são portadoras de uma lógica, de uma racionalidade que faz com que elas sejam aprisionadas a uma prática destruidora do outro, instrumentalizadora do outro, constituindo-se numa prática alienadora, presa ao modo hegemônico-médico, dominante do capital e dos seus interesses.

O debate a que estamos nos referindo, fazendo um “recorte interessado”, desconsidera, a partir de alguns critérios, por exemplo, a enfermagem como profissão, portanto, como trabalho, uma vez que, segundo essa corrente, a enfermagem não preenche alguns requisitos, como a de ser portadora de conhecimento específico, esotérico e de autonomia.

Nessa perspectiva, parece não haver a possibilidade da produção de linhas de fuga à racionalidade dominante, o que nos levaria a apostar ser praticamente impossível inventar, por exemplo, uma nova prática para a enfermagem, uma vez que estaríamos compelidos a admitir a inexistência de sujeitos (protagonistas) dentro da própria enfermagem, havendo assim necessidade de “vir” um outro sujeito de fora da enfermagem para dar conta das muitas indagações postas neste estudo e, em particular, para operar mudanças no campo das suas práticas.

Assim, ao operarmos com a dimensão da enfermagem como uma prática que se constitui como trabalho no processo de trabalho em saúde, temos que considerar esse debate de Machado (1995, 1994) como limitado, por não abrirem as possibilidades que vêm sendo apontadas por autores como Lima (1988), Merhy (1997, 1997b, 1997c), Almeida et al. (1997, 1986), Campos (1992) e Gonçalves (1994).

No debate sobre o processo de trabalho da enfermagem, nos baseamos em Almeida & Rocha (1997, p.17). Essa autora apreendeu a enfermagem como um trabalho que se

constitui no interior do trabalho em saúde. Nesse sentido, identificou seus momentos, suas finalidades, tecnologia, objeto e agentes, ou seja, apreensão da organização da prática de enfermagem numa perspectiva em que essa prática se produz, *“na sua relação com os outros trabalhos da saúde e na sociedade capitalista, e nesta articulação reconhecemos a complementaridade deste trabalho com outros, enfim, qual é o espaço institucional e social desta prática”*.

É, ainda, essa autora quem nos adverte que é justamente na análise dos *“processos de trabalho na saúde e aí a enfermagem, em realidades concretas, que pode-se apreender as contradições e dinâmicas da prática e contribuir com estratégias de mudança de realidade”*.

Entender essa discussão nos reporta a perscrutar as várias tendências que vêm conformando esse debate. É nesse sentido que identificamos a análise do trabalho em saúde, dando-se sobre várias vertentes, dentre as quais a da sociologia das profissões no setor de saúde, que, ao longo do tempo, deteve-se a olhar as práticas de saúde sob a perspectiva da racionalidade médica, conforme já afirmado.

Em vários autores, vamos apreender uma discussão na qual está posto o papel central da profissão médica e das instituições de cuidado médico.

Como observado por Almeida & Rocha (1997), no que diz respeito à profissão de enfermagem, muitos dos debates que se construíram a partir do referencial da sociologia das profissões até recentemente não consideravam essa prática como uma profissão, mas sim como uma ocupação/semiprofissão. Essas discussões se baseavam, conforme apreendido em Almeida & Rocha (1997, p.16) e Machado (1994, p.1), na constatação de que a enfermagem não é possuidora de alguns dos requisitos imprescindíveis para constituir-se em profissão.

Almeida & Rocha(1997 p.16) identificaram que a sociologia das profissões, no que diz respeito ao debate no setor de saúde, teve sempre como ponto central

... estudar a medicina em geral, em particular a profissão médica e as instituições do cuidado médico do ponto de vista da sociologia da medicina [...] quando trata outras profissionais de saúde refere-se à enfermagem utilizando a terminologia ocupação em vez de profissão para designá-la e a identifica como uma semi-profissão.

Na realidade, Freidson In: Almeida & Rocha(1997) e em Machado (1994, p.1) aponta ser a enfermagem uma semiprofissão, devido a *“ausência de um corpo de conhecimento próprio, específico ou esotérico, para constituir-se como profissão, assim como a aquisição de autonomia para produzir sua prática profissional”*.

O recorte efetuado por Freidson In: Almeida & Rocha (1997 p.16) torna-se, para a realidade atual, insuficiente, ao tomar como lógica, ser a autonomia um atributo chave para constituir uma profissão na área de saúde, considerando esse atributo um privilégio da medicina, que

...tem esse atributo na sua plenitude, e aí está incluída a autoridade do conhecimento específico, a formação médica, o código de ética e o domínio na divisão do trabalho em saúde. A exceção do dentista, o médico é o único profissional que tem autonomia na complexa divisão do trabalho em saúde.

A esse respeito, Machado (1995, p.14) afirma haver consenso entre alguns teóricos, como Moore, Larson, Freidson, de que uma profissão se constitui a partir de *“um corpo esotérico de conhecimento e orientação para um ideal de serviços, [e isso] são dois atributos inquestionáveis para se definir profissão”*.

É nesse sentido que autores como Machado (1995, 1994 e 1991) aponta a *“medicina, advocacia, engenharia, o clérigo e professores universitários”* como profissões e, em contrapartida, os *“farmacêuticos, os enfermeiros”* seriam classificados como ocupações, ou seja, semiprofissões, por não preencherem, em primeira instância, esses requisitos, dos quais destacam a *“ausência de um corpo esotérico de conhecimento, bem como a inexistência de um mercado de trabalho inviolável, como acontece com médicos, advogados, ...”* (p.15).

Em citação de Freidson, In: Machado (1995, p.21), esse autor argumenta que a *“autonomia profissional”* é um comportamento essencial na definição da classificação das profissões.

É Freidson, In: Machado (1995, p.21), quem afirma, ainda, que a comparação das atividades dos médicos com a dos paramédicos (enfermeiros, por exemplo) é dada pelo maior *“grau de autonomia, prestígio, autoridade e responsabilidade que a profissão médica detém”*.

A análise que Freidson faz se baseia, de acordo com Machado (1995), na *“autonomia técnica, enquanto um critério decisivo de diferenciação entre uma ocupação e uma profissão e a autonomia sócio-econômica”*.

Mesmo os autores que defendem essa corrente da sociologia das profissões reconhecem os limites dessa argumentação, uma vez que essas características não são isoladas e, como admite a própria Machado (1995, p.22), *“o saber técnico não está descolado da realidade em que o profissional atua”*.

Goode, In: Machado (1995, p.26), tecendo críticas aos debates que vêm se produzindo no interior dos estudos sobre a sociologia das profissões, incorpora a essa discussão à variável *“competição”*, por entender que *“as pessoas e suas ocupações competem umas com as outras pelas recompensas na sociedade como um todo, objetivando produzir e obter mais ganho, como também mais prestígio e poder”*.

A esse respeito, a crítica de Klegon, In: Machado (1995, p.27) se produziu a partir da afirmação de que as abordagens sociológicas sobre as profissões

...são inconsistentes [...] a discordância nos critérios que diferenciam profissões de não profissões é simbólica [...] e o ponto mais crítico é a inabilidade de se aplicar a lista de critérios a situações concretas, ou seja, a existência de uma abstração, um conhecimento teórico.

No que se refere ao debate acerca das características da enfermagem como ocupação semiprofissão, Machado (1994, p.4) adverte que está havendo uma

...transformação gradual das atividades de enfermagem em atividades técnicas de nível médio, dispensando assim a presença do enfermeiro diplomado. Efeito imediato deste fenômeno é a baixa procura registrada nesta última década de jovens aspirantes a essa atividade profissional.

Mais uma vez, consideramos limitado esse olhar de Machado, conforme se pode apreender nos estudos mais recentes produzidos sobre a prática de enfermagem, em particular, os formulados a partir da década de 80.

O debate sobre profissões e prática de saúde tem sido muito rico, principalmente na medicina, a partir da década de 70, em que se destacam, dentre outros, Donnangelo & Pereira (1979), Gonçalves (1994), Campos (1997, 1994) e Merhy (1997b, 1994). Na enfermagem, esse debate tem ocorrido de forma muito pontual, com pouca crítica ou mesmo aprisionado ao debate da racionalidade médica. Mais recentemente, a partir da década de 80, como já afirmamos, alguns autores se destacam, como Silva Lima (1998), Almeida et al. (1997, 1986) e Pires (1989), dentre outros.

É assim que, levando esse debate para a enfermagem, em particular, vamos encontrar em Silva Lima (1998) e Almeida et al. (1997) as argumentações que apontam para as limitações das discussões por nós indicadas em Machado (1995, 1994 e 1991) e seus interlocutores, para dar conta das especificidades da enfermagem e mais que isso das questões concretas que hoje atravessam o mundo do trabalho, requerendo assim um olhar para esse debate, inclusive para a enfermagem, enquanto um dos componentes do coletivo do trabalho em saúde e também um protagonista de mudanças nas lógicas instituídas.

E é nesse sentido que Almeida & Rocha (1997, p.16) argumentam que o estudo de Freidson (1970) e acrescentaríamos os de Machado (1995, 1994 e 1991), é limitado, destacando que o mesmo se detém na análise da

...estrutura social do cuidado médico, e só trata da enfermagem quando vai discutir a autonomia do médico; portanto, suas análises a respeito devem ser tomadas com ressalvas, principalmente levando em consideração as realidades concretas.

Ao incorporar as *contribuições* de Almeida et al. (1997), isso nos permitiu, de certa maneira, a construção do nosso olhar teórico, a partir da apreensão da enfermagem, enquanto um trabalho que é atravessado por diversas circunstâncias, das quais destacamos a de ser uma prática exercida predominantemente por

...mulheres, que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico – cuidado de enfermagem? (Almeida & Rocha, 1997, p.18).

São essas autoras (1997 p.15) que nos advertem ainda que o *“mais frequente nos estudos da enfermagem é tomá-la como profissão, portanto, com um estatuto socialmente reconhecido e formalmente legalizado”*.

Mostramos ainda que, sendo a enfermagem uma profissão, ela *“...deve constituir-se dos critérios de universalidade, racionalidade, autoridade e competência no seu campo específico”*.

O que pudemos apreender em autores como Campos (1992) e Merhy (1997b), Silva Lima (1998) e Almeida et al. (1997) é que as práticas de saúde são atravessadas por várias racionalidades, em que não cabe supor apenas uma racionalidade e ponto final. A bem da verdade, a racionalidade que hoje domina essas práticas é a de um modelo atuando sobre outras racionalidades. Nesse sentido, concordamos com esses autores, sobretudo com Campos (1992), quando aponta não haver apenas a racionalidade médico-científica, mas existe também uma racionalidade que vem sendo produzida pelo modelo neoliberal que vai causando impacto cotidianamente na construção das diversas práticas de saúde.

Assim, como afirma Merhy (1998b),³⁷ é possível se vislumbrar que as práticas de saúde são trabalhos, são modos de operar trabalho, sendo atravessadas por várias disputas de lógicas. Essa constatação nos levou a considerar que podemos intervir no processo de trabalho, uma vez que ele se constitui enquanto disputa de diferentes racionalidades, em que vão se produzindo novos modos de operar o trabalho em saúde.

E isso novamente nos reporta a Almeida & Rocha (1997 p.18) ao apontarem que

...os agentes do trabalho de enfermagem, assim como aqueles portadores de saúde, se relacionam com outros homens, através de seus produtos na divisão social do trabalho. Não é, portanto, um processo natural, bom ou mal, é necessariamente social e histórico.

Pensar isso não é desconsiderar o lugar de determinadas profissões sobre as outras, mas sim perceber que se pode operar nas próprias contradições dos modos de se produzir esse trabalho, criando linhas de fuga ao que está instituído.

³⁷ Muitas das considerações, aqui apresentadas, são partes das reflexões que emergiram das discussões de orientação com esse autor, em particular, as produzidas em maio/98.

Dessa maneira, foi fundamental estabelecer um diálogo com os autores, que têm críticas e contribuições ao que vem sendo discutido como verdade no interior do estudo das profissões e das racionalidades que produzem o trabalho em saúde.

Os autores, como Gonçalves (1994), Campos (1994 e 1992) e Merhy (1994, 1997), têm destacado a possibilidade de se perceber que as práticas de saúde são trabalho, são modos de operar trabalho atravessados por várias disputas de lógicas, o que nos leva a acreditar que, ao tomar o trabalho das enfermeiras, como objeto do nosso estudo, não estamos automaticamente condenada a reconhecer o problema de um modelo e de determinada lógica, mas sim de considerar que ademais outras situações o processo de se produzir o trabalho em saúde é, antes de mais nada, como afirma Gonçalves In: Almeida & Rocha (1997 p. 19) parte do “...*processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços*”.

E as linhas de fuga apresentadas por Merhy (1998, 1997b) apontam em direção do autogoverno dos trabalhadores, para romper a impotência diante do que está dado. Nessa direção, é que neste estudo fomos apostando, desde o início, na possibilidade de que é possível intervir nos processos de trabalho, uma vez que ele se produz enquanto “*disputas de diferentes racionalidades, o que permite achar novos modos de operá-lo*” e romper por exemplo com a impotência de determinados protagonistas.

Nesse sentido, Merhy (1998b) adverte que o processo de trabalho em saúde é um agir produzido pela micropolítica, em que ele não é uma simples reprodução de técnicas e modos de fazer, em que uma racionalidade se impõe, sem questionamento, passivamente. Para esse autor, o trabalho em saúde é uma micropolítica no sentido de que é um lugar onde os agentes têm projetos, interesses, fazem recortes interessados da realidade, operando assim com modos de agir, em que disputam saberes e fazeres cotidianamente.

É nesse sentido que fomos acreditando ser possível operar nas insatisfações e conflitos produzidos no espaço cotidiano onde essas práticas se constituem e tentar, por meio dos muitos ruídos, das revelações e das muitas representações e significados no espaço do trabalho, apreender as potências que nos levaram a identificar momentos particulares da produção do trabalho das enfermeiras e dos estilos de ação político-institucionais dos protagonistas e seus protagonismos, ao proporem e imprimirem mudanças institucionais e das lógicas que atravessam esses espaços.

Dessa maneira, o olhar teórico que foi se produzindo tomou como eixo central a possibilidade de se intervir na gestão e no processo de trabalho da enfermagem, até porque as práticas de saúde/enfermagem, que aí se instituem, se colocam como lugares privilegiados para se operar mudanças, inclusive de lógicas.

Conforme poderemos verificar no próximo capítulo, ao se estar falando sobre o trabalho da enfermagem/enfermeiras, falou-se também de uma cuidadora, que produz seu agir a partir de estilos de ação que muitas vezes se antagonizam, disputam entre si e com outros, ou mesmo se somam, abrindo assim novas possibilidades para se (re)construir os processos de trabalho da gestão em saúde e que, conseqüentemente, contribuem para organizar essa prática.

CAPÍTULO 3

3 A FALA DOS PROTAGONISTAS

As dificuldades não passam de oportunidades para demonstrar o que sabemos e o que podemos fazer.

Duke Ellington

Ao nos determos sobre os dados coletados em campo, fomos percebendo a riqueza e dimensão dos mesmos, ao mesmo tempo em que foi se revelando a impossibilidade da análise da totalidade dos processos institucionais, apreendidos no HUCAM, num espaço de tempo determinado do ano de 1995 e do ano de 1996. Os múltiplos discursos, apreendidos neste estudo, representaram o concreto institucional/profissional vivido nestes momentos particulares da nossa presença na instituição, constituindo-se em partes e dualidades das distintas formas de se olhar a realidade ali produzida. Optamos por apreender parcialidades das muitas cenas aprisionadas na cotidianidade dos lugares instituídos, como sendo espaços da enfermagem e da cotidianidade institucional nos seus processos particulares de construção das práticas de saúde realizadas nesse espaço.

A apreensão dos modos de produzir o trabalho na enfermagem nos colocou diante de algumas questões que foram se delineando e ganhando novos contornos no campo empírico, nos (re)colocando diante das seguintes indagações: *“Por que o cotidiano do trabalho da enfermagem no hospital se expressa de forma tão insatisfatória, empobrecida e esvaziada? Por que um trabalho forjado para ser tão rico, tendo o cuidado como principal referência, vai sendo tão mediocrizado no dia-a-dia das práticas profissionais? Por que as enfermeiras não conseguem produzir o novo na enfermagem e no hospital que constroem e desconstroem diariamente? Por que não se buscam mecanismos de desconstrução para a fragmentação entre o cuidar e o administrar na enfermagem? Quais são os discursos presentes nas matrizes falantes e os protagonismos produzidos cotidianamente pelos sujeitos em situação? Que autogoverno é este que as enfermeiras (e outros profissionais) têm produzido, para destruir processos pedagógicos e do cuidado? Que tipos de intervenção se podem produzir no espaço institucional para que o trabalho em saúde e na enfermagem, em particular, seja potencializado por novas forças transformadoras? Enfim,*

o que é ser enfermeira nestes processos de produção da assistência e dos estilos de atuar e agir institucionalmente?”

Com muitas dessas interrogações, fomos nos permitindo ir captando luzes em alguns dos lugares institucionais, onde cotidianamente a enfermagem e, muito particularmente, as enfermeiras produzem um “modelo” de trabalho hospitalar, a partir de práticas institucionalizadas que são produzidas nas singularidades próprias do olhar, do saber e do fazer desses profissionais.

Dentre os vários processos institucionais que são produzidos, diariamente, no cenário hospitalar, pudemos perceber que a enfermagem tem sido uma das categorias privilegiadas nas várias ações protagonizadas nesse espaço. Nesse sentido, caminhamos em direção das ações que nos permitiram a (re)produção de algumas cenas – nem sempre nitidas, reveladas no cotidiano institucional e nele (des)nudando o trabalho da enfermagem e o hospital que esses profissionais (des)constroem com suas práticas.

Muitas das cenas foram construídas a partir do privilegiamento de parcialidades da realidade, que permitiram apreender fragmentos do cenário institucional, possibilitando, ainda, a revelação de falas, fazeres e observações dos sujeitos trabalhadores na instituição e mesmo nossa reflexão sobre o que seja o hospital que a enfermagem, cotidianamente, vai construindo para dar conta das demandas institucionais e do seu papel profissional.

Embora captadas num hospital determinado – o HUCAM –, essa apreensão nos levou a acreditar que cenas semelhantes sejam protagonizadas e possíveis de serem reveladas em outros espaços institucionais, onde se realiza o trabalho em saúde. Neste estudo, ao estar apreendendo os lugares institucionais do trabalho da enfermagem, assumimos, antecipadamente, a necessidade de recortar partes da totalidade produzida e vivida pela enfermagem no espaço institucional do HUCAM.

Essa opção nos levou a privilegiar, do grande cenário, algumas ações que foram sobressaindo das demais, permitindo a reflexão sobre o que é e como é a enfermagem produzindo o cuidado e sobre o hospital na sua cotidianidade. As imagens focadas desses momentos especiais em que as enfermeiras produzem o seu trabalho no hospital foram se constituindo no empírico, a partir do olhar sobre os modos de “se ver e serem vistos” como

protagonistas e nos protagonismos,³⁸ do seu agir institucional. Essas cenas emergiram como sendo produzidas pela enfermagem administrando; cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais.

Buscamos nessa direção apreender as intencionalidade das ações, as finalidades, os objetos de intervenções, seus modos de operar e sua micropolítica, de forma que permitissem uma análise sobre os sentidos e significados instituídos nesse trabalhar da enfermeira e os processos instituintes que neles podem ser produzidos.

Para tanto, fomos aprisionando o observado, os fazeres, os vários discursos, de forma que, ao reproduzi-los, pudemos apreender os protagonismos e as cegueiras institucionais³⁹ das quais os agentes são portadores. Além disso, foi nosso propósito, também, a apreensão da capacidade explicativa dos protagonistas para “explicarem” a realidade na qual estão imersos. Essa opção nos permitiu ainda operar um debate com as tendências presentes nos estilos discursivos, observando as formas como esses trabalhadores se vêem como agentes protagonistas. Olhar analiticamente para o campo nos permitiu captar os agires das enfermeiras a partir de estilos de ação que denominamos como “**estilos político-institucionais**”, ou seja, as formas de atuar, agir, estar, ser, se relacionar e articular nos vários espaços de trabalho.⁴⁰

As grandes estruturas discursivas⁴¹ encontradas foram se constituindo a partir da compreensão de algumas formas de ação instituídas pelos protagonistas com a prática cotidiana. Na nossa compreensão, a melhor maneira que encontramos para explorar as manifestações “ocultas ou não” nos fazeres e discursos foi apreendendo as diferentes maneiras de se produzir e explicitar, no espaço cotidiano, a insatisfação dos diferentes

³⁸ Como já declarado, o sentido de **protagonismo**, neste estudo, foi dado tendo como lógica analisadora a capacidade de ser portador ou não de potência para propor agires em direção a mudanças institucionais.

³⁹ A respeito, Carlos Matus afirma que todo “**ator em situação**” é portador de uma certa “cegueira institucional” que é limitante para que se enxerguem determinados aspectos da realidade. Para o autor, existem ângulos da realidade que o “ator em situação” desconhece e, portanto, neles não consegue intervir e nem pode fazer previsões sobre os mesmos.

⁴⁰ Esse foi o sentido dado, neste estudo, ao termo “**ação política-institucional**” produzido pelos diferentes protagonistas em ação, em particular as enfermeiras.

⁴¹ O termo “**estrutura discursiva**” foi utilizado relacionado à apreensão das ações que nos possibilitaram perceber a capacidade de revelações que emergiram das falas, dos gestos, dos fazeres, dos ruídos institucionais que foram se produzindo e intercruzando no viver cotidiano desses protagonistas e seus protagonismos.

agentes com a realidade produzida. Essa apreensão permitiu que fôssemos operando as leituras reveladas pelos diversos falantes em diferentes espaços e momentos e percebendo os atravessamentos e dualidades dadas pelos ruídos da cotidianidade, identificando o quanto vão produzindo distintos estilos de atuar na realidade institucional.

Os estilos de ação contidos nos momentos em que as enfermeiras estão administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais se revelaram, marcadamente, nas estruturas discursivas, como já afirmado, por estilos de agir captados pela própria capacidade de “**se ver e serem vistos**” como agentes protagonistas e do protagonismo. Esses estilos emergiram em particular nas cenas em que as enfermeiras se revelaram em agires em que a sua prática se definiu por dualidades dadas pela postura de “**impotência e pela potência**” para propor e imprimir mudanças nas várias lógicas institucionais, a partir dos modos de agir das protagonistas enfermeiras.

A apreensão da capacidade de “**se ver e ser visto**” permitiu-nos, em várias ocasiões, a observação e a produção de estilos de agir e houve um maior intercruzamento com os estilos de ação perpassados pela “**ação político-institucional**” das protagonistas, quando produziam relações com outros protagonistas, independentes de eles estarem na própria equipe de enfermagem, nos cargos de direção, ou mesmo como médicos, ou como outros profissionais e, em particular, no papel de pacientes. Esses “inter” se efetivaram em especial quando se tomou para análise a apreensão das práticas embutidas no interior das **ações político-institucionais** realizadas pelas particularidades das ações que captamos como sendo produzidas nas ações **participativas, conservadoras, transformadoras, autoritárias e submissas**.

Dessa maneira, as reflexões a seguir revelaram algumas das formas mais presentes nos discursos e fazeres cotidianos, conforme os mesmos se apresentaram, e foram apreendidas a partir das falas e de outras ações dos próprios protagonistas. Procuramos, nesse processo, buscar os intercruzamentos, as contradições e mesmo as dualidades dos mesmos, tendo como direção as apostas e hipóteses que fundamentaram nosso objeto de estudo e a nossa reflexão acerca das práticas que organizam o trabalho das enfermeiras no cotidiano do espaço hospitalar.

Portanto, reafirmamos que essa construção tomou como ponto de partida a apreensão das estruturas falantes, tendo como cenário a enfermagem administrando,

cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais. Essas ações se constituíram, neste trabalho, o “espelho” por onde analisamos o processo de organização do trabalho desses agentes, uma vez que consideramos que as cenas captadas a partir desses momentos permitiram, conforme o olhar e os agires dos próprios falantes e observados, o emergir dos muitos fragmentos que constituem essa prática no seu atuar cotidiano.

Pensamos que a possibilidade de os protagonistas estarem captando imagens produzidas no espelho do dia-a-dia institucional se tornou uma importante estratégia de motivação para ouvir os ruídos, perceber as insatisfações e outros atravessamentos que foram constituindo os protagonismos não só da enfermagem mas do coletivo dos agentes institucionais, segundo foi significado pela Enfermeira 8.⁴²

Ter para se mirar o espelho do nosso trabalho nos permitiu estar olhando para o hospital, os pacientes e para nós mesmos, enquanto recursos humanos fundamentais para cuidar das pessoas, inclusive vendo coisas ruins, mas, também, as muitas coisas boas, positivas que temos aqui e que às vezes nós não valorizamos e muitas vezes nós nem percebemos.

3.1 Um olhar sobre os protagonismos ou sobre os modos de se ver e serem vistos como agentes protagonistas

Modos de se ver e ser visto



“O cotidiano de práticas instituídas ou a impotência que submete”

Os modos de “se ver e serem vistos” dos protagonistas foram associados às ações institucionais dadas pela capacidade de proposição dos agentes para operarem e

⁴² Os protagonistas, sujeitos desta pesquisa, foram identificados por números, tais como, Enfermeira 1, Auxiliar 1 e assim por diante. O pessoal de nível médio denominamos de auxiliar.

imprimirem mudanças nos espaços intercessores que atravessam cotidianamente as instituições e seus trabalhadores e neles os recortes interessados que os agentes declararam do seu trabalho e da realidade que o constitui. Neste estudo, situamos esses protagonistas e seus protagonismos a partir de atos que denominamos como sendo produzidos pelas ações de impotência e de potência, conforme demonstramos no Quadro 1.

QUADRO 1
MODOS DE SE PERCEBER

MODO DE SE VER E DE SER VISTO	Ação Político-Institucional	
Impotentes	Conservador	Submisso

Chamou nossa atenção as falas e fazeres que constituíram estruturas discursivas⁴³ em que o agir da enfermagem se apresentou impregnado de ações que denominamos como sendo produzidas pela impotência institucional/profissional, dada muitas vezes pela (in)capacidade ou limitação de propor ou mesmo imprimir mudanças institucionais/profissionais.

A apreensão desse estilo foi captada a partir do emergir das lógicas imprimidas nas ações e falas dos protagonistas em que a enfermagem se percebeu ou foi percebida “*sem força para mudar esse dia-a-dia*”. Eis a constatação feita pela Enfermeira 3:

...não tem solução, está tudo uma 'droga' na área de saúde e a enfermagem é assim porque existem estruturas fora da enfermagem que não permitem que tenhamos autonomia, até porque nossas entidades de classe são fracas e não lutam por nós. Talvez, se não houvesse tantas mulheres na enfermagem, as coisas seriam diferentes.

A própria postura de submeter-se ao instituído, sem argumentos consistentes para os enfrentamentos, demonstra a despontencialização do grupo e um estilo de agir sustentado

⁴³ Denominamos como estrutura discursiva a apreensão das ações que nos possibilitaram apreender a capacidade de revelações que emergiram tanto das falas, dos gestos ocultos ou não, dos fazeres e dos ruídos institucionais, quanto do observado nos atos que se inter cruzaram no fazer cotidiano dos sujeitos em situação.

pelo conformismo, pela desmotivação, pela ambigüidade e pela apatia diante dos muitos enfrentamentos e situações institucionais.

No interior desses discursos, existiam sempre responsáveis e um dos protagonistas que tem sido “responsabilizado” pelas muitas “dificuldades” das enfermeiras para operarem o seu agir cotidiano se apresentou na figura dos dirigentes (administração do hospital) como falou a Enfermeira 5: *“a administração não tem metas, por isso a Divisão de Enfermagem também não pode ter metas. Somos partes dessa engrenagem”*. Um outro culpado, apontado por essa Enfermeira, é a própria chefia da Divisão,

...a chefia da Divisão é centralizadora, autoritária, não nos dá autonomia e estamos sem direção. Não sabemos o que a instituição quer de nós. Somos sempre desrespeitadas e não temos força para influenciar as coisas aqui. No fundo, nós também não sabemos exatamente o que estamos querendo.

A impotência que submeteu esteve relacionada, também, com o discurso acerca da impossibilidade de mudar ou avançar na enfermagem, tendo a ver com a *“falta de perspectiva institucional/profissional, tendo em vista a crise no setor público de saúde e também por ser a equipe de enfermagem muito heterogênea, quantitativamente insuficiente para dar conta de todo o serviço”*, ou mesmo pela fala do *“não tenho tempo para prestar cuidados”*, *“a escola nos formou assim”* ou então porque o pessoal auxiliar tem baixa *“qualidade profissional”* e a *“equipe de enfermagem é desunida”*.

A própria fala da *“falta de atualização”* foi vista como um dos motivos para não se avançar na instituição, na profissão e despotencializar o grupo. Vale destacar, ainda, o quanto a categoria médica, com sua autonomia e poder para ditar as normas institucionais, se colocou como o grande vilão responsável pelo imobilismo da enfermagem para o *“não fazer”*. Segundo a Enfermeira 1, isso acontece *“porque cabe aos médicos indicar a direção do trabalho e as coisas só funcionam segundo as determinações e vontade deles”*.

Percebemos que o discurso da impotência esteve geralmente voltado para as ações de fuga e mesmo de omissão, estando fora da responsabilidade do sujeito que declara sua impotência, conformismos, inquietações, insatisfação ou mesmo a impossibilidade para (re)agir sobre a sua prática e o sistema que o cerca. Possivelmente, isso seja um dos limites nesse modo de se ver e ser visto e tem muita relação com a maioria das estratégias

vislumbradas por membros da categoria, quando tomam como linha de fuga o desejo de conciliar ou mesmo sair da enfermagem em busca de outra profissão que venha lhes proporcionar mais *status*, valorização profissional e satisfação profissional.⁴⁴ Uma questão sempre posta foi a indagação que muitas vezes os próprios protagonistas se faziam: será que essa insatisfação está localizada apenas no espaço institucional/profissional? Valendo perguntar: que outras forças vão determinando e produzindo estilos de estar na vida com essas marcas? Percebemos uma grande dificuldade do grupo para lidar com dados da realidade que permitissem fazer sobrevôos sobre a cegueira institucional na qual muitas vezes pareciam estar imersos. Essa impossibilidade, de certa forma, implicou, para esse grupo, uma maior dificuldade para ser um propositor e mesmo imprimir mudanças para a enfermagem e o trabalho em saúde, em aliança, inclusive, com os demais trabalhadores de saúde.

A ação político-institucional que permeou o agir desses protagonistas lhe conferiu estilos de “ação político-institucional”, na maioria das vezes conservadores e submissos ao estarem cotidianamente produzindo a sua prática profissional. Os modos de “resistência” para mudar o instituído foram percebidos em particular pelos pactos do silêncio ou, como afirma a Enfermeira 1, “*escondeu-se por detrás do poder do silêncio*”. A principal estratégia utilizada para tal foi a do boicote, ou mesmo a falta de perspectiva para visualizar um outro futuro profissional e institucional.

Esses modos de resistência se fizeram presentes também nas manifestações de medo e insegurança para se impor e enfrentar determinadas situações.

Para Bom Sucesso (1997, p.121),

⁴⁴ Esse desejo já havíamos detectado quando da elaboração da Dissertação de Mestrado em 1988, quando cerca de 85% das enfermeiras manifestaram a insatisfação com a profissão e sentimento de impotência para mudar a realidade profissional, devido a se perceberem como profissionais desvalorizados, sem autonomia e reconhecimento profissional por parte dos seus pares na equipe de saúde e mesmo da sociedade de uma forma geral, que não sabe “*distinguir o que seja o trabalho das enfermeiras do dos outros profissionais de enfermagem*”. Apontavam, na ocasião, como estratégia, o desejo de mudar ou mesmo fazer uma nova opção profissional por não se sentirem reconhecidas e nem se reconhecerem na profissão. Desejo semelhante percebemos neste estudo, representado agora pela vontade de buscar um outro vínculo empregatício, sem ser em hospital, uma vez que, mais que a insatisfação por ser enfermeira, manifestou-se a dificuldade de trabalhar e mesmo o sofrimento em desempenhar suas funções no âmbito hospitalar, pelo *stress*, enfrentamentos, espaço conflitivo, demandas complexas e até um maior adoecimento por motivos ligados às atividades profissionais pelo trabalho nesse espaço.



...o medo pode gerar uma sensação de inferioridade, tornando a pessoa excessivamente conformista, ocultando seu talento e diminuindo-se diante de si mesma [...] o conformismo decorre de situações de rejeição ou desconsideração na infância [...]. O medo faz com que a pessoa evite conflitos, nesse sentido [não estando] preparada para lidar com os perigos, considerando tudo cansativo e penoso.

3.1.1 Os instituintes e instituídos em ação no cotidiano das enfermeiras

QUADRO 2

INSTITUÍDOS E INSTITUINTES

MODOS DE SE VER E DE SER VISTO		AÇÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL		
Potente	Conservador	Autoritário	Transformador	Participativo

No Quadro 2, como pode ser observado, essa possibilidade foi dada pelos estilos de as enfermeiras atuarem e pela capacidade de “se ver e serem vistas” com potência para imprimir ou propor mudanças. A maioria dos protagonistas assim o fez, considerando que a enfermagem/enfermeiras produzem sua prática em articulação com outros trabalhadores, em cujo interior estão postos saberes, fazeres, interdependências, complementaridade, adesão, resistência e as possibilidades de propor e imprimir mudanças institucionais.

As lógicas que conduziram os discursos e os diferentes fazeres desses protagonistas foram dadas pelo reconhecimento e reflexão, tais como as adotadas pela Enfermeira 6, ao constatar que

...existe uma hegemonia médica que interfere no trabalho da maioria dos profissionais da enfermagem, mas não somos 'coitadinhas' impotentes, que só se submetem, não reagem. Isso não é real, temos buscado brechas, um outro lugar na instituição, para fazer com que nosso trabalho apareça, tenha valor e para que sejamos ouvidos e principalmente levando contribuições e não só queixas.

Os estilos de ação político-institucionais que foram se constituindo a partir dos modos de “se ver e serem vistos”, com potência para mudar, muitas vezes emergiram de

um agir integrado, consciente do papel e dos desafios profissionais e mesmo pela reafirmação da possibilidade de proposição de que é possível mudar modos do agir profissional. Foram se constituindo, também pela potência, força que alguns protagonistas imprimiram para “mudar conservadoramente”, ou a partir de estilos de ações transformadoras, mas também emergiram de estilos de ação autoritários, impondo e controlando os processos de trabalho. Percebemos também alguns protagonistas se potencializando a partir de alguns fazeres, mas principalmente no reconhecimento da necessidade de se instituir estilos de gerenciamento mais compartilhados e participativos. Conforme foi afirmado pela Enfermeira 1,

...eu reconheço que somos centralizadoras, autoritárias, isso nós vamos aprendendo na escola, com essa coisa de que somos chefes, supervisoras, líderes de equipe. Hoje, com a minha experiência profissional e com tudo que tenho aprendido e observado, eu vejo de outra forma, o que precisamos mesmo é envolver e ser envolvida na profissão e instituição. Acho que deveríamos ouvir mais nossa equipe, o pessoal de nível médio, principalmente. Mas não adianta isso acontecer só com a enfermagem, acho que deveria ser uma política do HUCAM aproveitar melhor seus recursos, dar oportunidade de criar, apresentar sugestões. Nós, enfermeiras, às vezes nem suspeitamos do potencial do pessoal que trabalha com a gente, pois ficamos presas na tarefa e no tem que fazer a rotina.

Ao observarmos um dia de trabalho da Enfermeira 1, pudemos, posteriormente, discutir o modo como a mesma se relaciona com o outro no espaço institucional e apreendemos uma das suas falas que significa uma das faces das muitas formas de estar na instituição e nela conduzir os processos de trabalho. Nesse sentido, a fala da Enfermeira se produziu a partir da apreensão de que

...os nossos caminhos e espaços de reconhecimento e autonomia profissional no hospital nós somos responsáveis e conquistamos não só quando estamos cuidando dos pacientes, fazendo curativos ou qualquer outros procedimentos. Pra mim, Rita, conseguimos furar ou mesmo diminuir o domínio médico ou de outros profissionais, quando usamos como contraponto não a arrogância e a indiferença – que muitas vezes é por medo – mas sim o nosso conhecimento de enfermeiros. Precisamos estudar mais, ter conhecimentos além da enfermagem, precisamos ter argumentos

para discordar ou concordar com eles. Eu acho que esse é um dos caminhos que nós, enfermeiros, temos que seguir. Ninguém vai nos dar nada de graça. Só reclamar, boicotar – pois tem colega que boicota – não vai dar. Para mim, mudar começa por isso que falei.

Para a Enfermeira 5, é necessário:

...saber propor soluções aos problemas que enfrentamos. Estamos sempre apontando e levantando problemas, criticamos muito os outros profissionais, mas dificilmente aceitamos críticas e nós somos resistentes às mudanças, temos que reconhecer isso, para poder mudar.

Na fala da Enfermeira 2, encontramos uma estrutura discursiva em que o seu agir na relação com outros profissionais se guiou pela negociação com o outro parceiro de trabalho, e o centro da preocupação e das ações tinha como objetivo obter melhor resultado para o paciente.

...eu não costumo ir simplesmente contra as ordens médicas. Eu os respeito, como eles têm que me respeitar. Se eu vejo que a conduta está errada, não está tendo bom efeito para os pacientes, eu converso, sugiro, escuto, acato, discordo se for o caso. Veja o Dr. Fulano, ele é muito difícil, não acreditava no nosso conhecimento, vivia desvalorizando nosso trabalho, não confiava em nós, ignorava nossas sugestões, como, por exemplo, o uso do própolis e do mel ou mesmo do açúcar no tratamento de algumas feridas como as úlceras. Ele proibiu a enfermeira que era do setor de usar e ela obedeceu, sem questionar, ele foi até grosseiro, falou que o paciente era dele e ele que decidia o que ia ou não usar. Quando cai de pára-quadras nesse setor, eu avaliei os pacientes e, após, fui conversar 'civilizadamente' com ele. Ele, no início, ficou meio assim, indiferente, me explicou por que era contra. Aceitei algumas das observações, mas apresentei as minhas argumentações, o meu conhecimento. Ai eu propus fazer por um tempo – uma semana – o curativo com açúcar e, junto com a aluna da graduação, me responsabilizei pelo curativo e avaliação junto com ele. Na realidade, eu estava negociando com ele para o bem do paciente e também para que eles percebessem que nós também sabemos. A contragosto, diante dos meus argumentos, minha insistência e minha segurança, ele foi aceitando e foi, nos outros dias, discutindo a evolução da ferida. Isto é um exemplo simples, mas eu acho que foi melhor para o paciente e tenho certeza que ele começou a perceber que também sabemos fazer e o porquê que estamos fazendo. Eu não

o desrespeitei e ele também não me desrespeitou profissionalmente. Ele e os residentes dele são um dos que mais vem conversar comigo, como enfermeira. Tem colegas que agem escondido do médico, quando querem usar determinada solução ou realizar algum procedimento que o médico não prescreveu. Eu acho que não é por aí, isso não mostra nada, pois o que é escondido não é visto e não tem importância, respeito e reconhecimento. Precisamos deixar de ser silenciosas,⁴⁵ submissas. Não dá mais pra ser assim.

Na maioria das vezes, os protagonistas afirmaram serem as relações estabelecidas, no hospital, entre os protagonistas, como conflitivas, tensas, direcionadas predominantemente, mas não exclusivamente, pela lógica médica. Nesse sentido, as lógicas que conduziram os discursos e os diferentes fazeres dos protagonistas foram demonstradas, segundo a percepção da Enfermeira 13, como *“essa é uma área difícil, mas nós temos resistido, com o nosso trabalho, estando mais presentes, procurando estudar mais, falar e fazer de igual para igual, sem abaixar nossa cabeça”*.

As manifestações de resistência têm estado presentes nas negociações entre os diferentes agentes institucionais e, também, pela consciência de que o saber, enquanto campo de práticas e conhecimento, é um grande aliado dos profissionais, permitindo que encontrem seus lugares e linhas de fuga para a mesmice institucional/profissional.

A maioria dos atos protagonizados por esses agentes levou em conta que, apesar da real menor autonomia das enfermeiras (mas não a inexistência de autonomia), os trabalhadores, de forma geral, não agem como *“corpos dóceis”*⁴⁶ ao organizarem o seu trabalho, uma vez que se utilizam dos saberes e de outras especificidades de sua profissão. Os profissionais resistem muitas vezes ao instituído, criando estratégias criativas de negociação. Os instituintes têm sido dados pela capacidade de conquistar aliados e também pela argumentação produzida a partir de saberes bem estruturados de que a enfermagem, a exemplo de outras profissões, também é portadora. Como afirma Merhy (1997), os

⁴⁵O sentido de silenciosas foi dado por essa protagonista *“como deixar de se esconder, se expor mais, temos que fazer as coisas com segurança e conhecimento, sem medo e submissão”*. A postura silenciosa foi vista como utilizada porque muitas vezes *“temos limitações de conhecimento e um baixo comprometimento de muitas enfermeiras, mas não somos só nós que agimos assim, mas aqui, porque somos a maioria mulheres, isso fica mais evidente”*.

⁴⁶ Esse termo vem sendo utilizado por Loyola (1987) na discussão sobre a profissão de enfermagem, em trabalho em que a autora se utiliza da contribuição da abordagem fouconiana para apreensão dos poderes institucionais no setor de saúde.

trabalhadores de saúde têm autonomia para imprimir agires institucionais. Essas características contribuem para que os trabalhadores sejam portadores de autogoverno para gerir, re-elaborar e organizar as práticas cotidianas no seu agir cotidiano. Para esse autor, um novo olhar sobre o que seja “tecnologia em saúde” incorpora a capacidade de os trabalhadores de saúde produzirem a clínica. Uma vez que Merhy (1997b, p.4) considera que

...a clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde, como uma disfunção biológica, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidade de modos tecnológicos de agir.

Do ponto de vista de Merhy (1997b), todo o trabalhador de saúde, ao estar atuando e agindo em seus campos de prática, o faz de certa forma mobilizando “*saberes, modos de agir que são definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar*”. Será, então, a partir de dado problema, que estará em jogo um “*saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional*”. É nesse sentido que o autor, e também nós, reafirmamos a capacidade de autogoverno dos trabalhadores de enfermagem, estando na dependência do “*recorte interessado*” que cada núcleo profissional faz do problema que tem diante de si. Mais uma vez, nos apropriamos da reflexão de Merhy (1997, p.4) sobre a necessidade de que a produção dos modos e estilos de organizar o trabalho em saúde/enfermagem se oriente também pela lógica de que, embora todos produzam a clínica, se considere que existam

...focos de ações entre os profissionais que lhes dão marcas nestes modos de trabalhar as distintas conformações das tecnologias em saúde, marcando suas competências em responder aos problemas colocados.

Ao fazer essas considerações, o autor nos adverte sobre a necessidade de não se desconsiderar os campos e necessidades específicos de todas as profissões e profissionais

de saúde, citando, como exemplo, o campo específico de atuar e dos conhecimentos da enfermagem. Para Merhy (1997b, p.8),

...a enfermagem (e não especificamente as enfermeiras), em termos assistenciais, tem mostrado toda sua vocação em torno do cuidado do doente e não da doença e que, devido exatamente a isto, tem implicações muito positivas na sua relação com o trabalho médico (e de outros profissionais), principalmente se também comandada pelo campo das tecnologias leves que lhe fazem referência e se não se reduzir às lógicas médico-centradas.

Portanto, olhar e identificar os vários estilos nos permite ir pensando nas aproximações e distanciamentos das falas, saberes e fazeres presentes no cotidiano das práticas de saúde e das enfermeiras, em particular no interior das instituições hospitalares, apontando a necessidade de se apostar na possibilidade de mudar a trajetória dos atuais paradigmas que têm orientado essas práticas.

Assim, ao estarmos identificando os estilos de ação político-institucionais, percebemos que os protagonistas, estando num lugar investidos de certo estilo de agir, não estavam automaticamente ausentes ou excluídos do outro lugar ou estilos. Constatamos que os protagonismos se inter cruzam, se contradizem e, muitas vezes, se complementam e se afastam de várias maneiras, assim como os protagonistas e seus estilos de agir. A produção dos agires e dos estilos de ação se dão em movimento, dinamicamente representados pelas ações que predominam em determinado momento.

3.2 Os estilos de ação político-institucionais: seus protagonismos e a forma como vão se revelando os protagonistas

Nesse sentido, as ações político-institucionais se instituem a partir de agires que ora podem ser conservadores, transformadores, participativos, autoritários; ora submissos. As enfermeiras, no seu campo de práticas, operam na lógica de “se ver ou serem vistas” como protagonistas potentes ou impotentes para propor, imprimir e agir em direção às mudanças institucionais. Esses espaços se mostraram muito permeáveis para serem traspassados pelos distintos estilos de atuar institucional, conforme será visto a seguir.

Resgatando o cuidado no cotidiano do ser enfermeira

Alguns estilos nos permitiram apreender agires imersos numa ação político-institucional, vista como **conservadora**, em que a “solução” para os muitos problemas levantados e constatados está na esfera do próprio “*desejo, vontade e prontidão para fazer, para mudar a realidade*”, desde que se resguarde da responsabilidade e compromisso de ser o empreendedor das novas ações. A capacidade de potência foi dada por discursos e fazeres internalizados na própria enfermagem, podendo eventualmente contar com a ajuda ou apoio de outros protagonistas. Essa tendência mostrou-se muitas vezes limitada nas formas de explicar o mundo e a realidade que se produz em seu interior. Ela foi se potencializando, sem muita criticidade, colocando sua capacidade explicativa na busca do “tempo perdido”, ou seja, na necessidade do retorno ou no resgate da enfermeira a algumas situações, tais como: a possibilidade de maior organização política da enfermagem; uma maior autoridade sobre o pessoal auxiliar; a conquista da autonomia do seu trabalho em relação aos outros trabalhos parcelares, como os dos médicos; a manutenção de ações mais enérgicas com o próprio pessoal de nível médio; ou mesmo a troca de denominação da profissão, de forma que isso dê maior visibilidade a quem é quem na profissão. Essas falas, na visão da Enfermeira 5, consideraram que

...deveríamos ter outro nome, pois o enfermeiro no hospital é todo mundo que está de branco e não é médico. Por isso eu acho certa e importante esta recomendação, que eu acho seja do COREN ou da ABEN, de se identificar como: eu sou a enfermeira Dr.ª Fulana de tal.

Percebem ainda a ênfase na necessidade da mudança dos currículos de graduação como uma forma para mudar a realidade da prática e, para tal, afirma a Enfermeira 4:

...na escola eu aprendi que ser enfermeira é cuidar dos doentes. Na realidade, o que fazemos, e os patrões querem, é que sejamos chefes de enfermagem. Assim, quando formamos, não sabemos exercer bem esta função. Eu acho que a administração em enfermagem, da forma que é ensinada, me desculpe, mas está totalmente fora da realidade. Deveria me ensinar a ser realmente uma boa chefe, ter mais autoridade. Não nos prepararam para

enfrentar o pessoal nem da enfermagem. Os currículos são muito abstratos, apertados, conservadores.

Esse ponto, o currículo, percebemos que se colocou como imprescindível e fundamental para a enfermagem, tanto do ponto de vista das enfermeiras de serviço, quanto das enfermeiras docentes, como uma estratégia singular para mudar a prática. Para esse grupo, a mudança de currículo se reveste de poderosa arma para mudar a lógica da enfermagem e a postura dos docentes.

Mas chama atenção a similaridade nos discursos, no que diz respeito à lógica da necessidade do “resgate” ou “retorno” da enfermeira aos cuidados diretos, enquanto intervenção sobre o corpo adoecido dos pacientes. Essa questão, conforme já apontamos, tem se feito presente em vários estudos sobre esse tema. Pesquisa realizada por Silva Lima (1998, p.38) identificou, a partir de alguns outros estudos, que a “*debilidade profissional da enfermeira é produto de contradições entre o cuidado direto e o cuidado indireto*”, percebendo que a superação das contradições que produzem o trabalho da enfermagem se coloca como importante estratégia para transformar a prática profissional das enfermeiras.

Conforme já afirmamos no capítulo anterior, compreendemos que a lógica que está por trás desses discursos não é tão simples, uma vez que entendemos que o significado do resgatar ou retornar essa prática na enfermagem, com olhar direcionado para as enfermeiras, é, em nosso juízo, um equívoco, uma vez que, usando o sentido dessas palavras, muito pouco tem-se a resgatar. Resgatar o quê? É a pergunta que sempre nos fazemos, quando surge essa interlocução. Na realidade, desde o modelo de Florence, não coube à enfermeira o papel de cuidadora, enquanto ações de intervenção direta sobre os pacientes. Essas ações eram, e são ainda, muito pontuais na maioria das instituições, sendo, desde a institucionalização da enfermagem, tarefa “delegada” ao pessoal auxiliar na equipe de enfermagem.

Cabe, assim, dar novos significados e sentidos ao agir cuidador e, conforme já falamos, produzir processos de construção de uma prática cuidadora, que seja acolhedora, solidária, que tenha como mote a defesa intransigente da vida, enquanto um direito de cidadania dos indivíduos, e a compreensão do paciente como um ser de deveres, mas também de direitos, inclusive de ser bem acolhido e tratado, respeitando-se sua cultura, os

valores trazidos de sua vida antes de adoecer, assim como as subjetividades de que todos os sujeitos são portadores.

Se o cuidado pelas enfermeiras não der conta dessas dimensões, ele se esvai na rotinização, na burocracia, nos estereótipos femininos associados ao sacerdócio, à caridade e ao servir ao próximo, e mesmo se estabelece, contraditoriamente, na impessoalidade das relações pessoa-pessoa, no agir desumanizado e descompromissado. Torna-se, nesse sentido, palco reprodutor de práticas conservadoras, no sentido do ser resistente às inovações e a outras formas de criar essas práticas, que ora são submissas ora, autoritárias e, muitas vezes, mantenedoras do que já está instituído e “socialmente” determinado para o grupo. Entendemos que o debate sobre a ação de cuidar pelas enfermeiras tem que ter impacto sobre os usuários que demandam assistência de enfermagem por parte das enfermeiras. Pensar isso é também estar pensando em outros modos de se construir essa prática profissional em articulação com outras práticas e pensar novas maneiras de organizar e gerenciar os processos de trabalho e a gestão em saúde.

Portanto, compreender as contradições e mesmo os limites institucionais está posto, uma vez que essas contradições acontecem, de acordo com Minayo, in: Jovchelovitch, (1994, p.103)

...porque as pessoas em seus espaços cotidianos de relações refletem e retratam conflitos e contradições próprias do sistema de dominação, onde a resistência está dialeticamente relacionada com a submissão.

“Deixa como está para ver como é que fica”

A perda da potência desses protagonistas pudemos perceber entre aqueles que cotidianamente manifestaram sua insatisfação com as práticas de saúde vigentes, considerando-as “conservadoras”, mas, ao se confrontarem com possibilidades de propor alternativas, o fizeram dentro da mesma lógica que criticam, ou seja, foram guiados pela “necessidade” de resguardar para si e para as enfermeiras algumas ações que dizem não poder abrir mão. Essa tendência identificamos dentre aqueles que, podendo mudar sua prática, resistem à possibilidade de um outro agir no processo de trabalho em alguns dos seus fragmentos.

Na realidade concreta do trabalho, esses agentes buscavam burocratizar, por exemplo, ações que não careceriam desse modo de agir, como a insistente comunicação por ofícios, ao invés de comunicações mais diretas, pessoa-pessoa; a inflexibilidade do horário para visitas ou acompanhamento dos pacientes. Os falantes dessa matriz foram, muitas vezes, guiados pela lógica de que “*sempre foi assim, e não serei eu que vou me desgastar [arriscar] para mudar nada*”. Pudemos perceber esses estilos dentre aqueles que criticam a prática administrativa da enfermagem como inadequada, mas, ao acompanhar o dia-a-dia desses protagonistas, percebemos o quanto produzem e conservam uma prática de resistência ao novo, apegando-se às ações repetidoras, normatizadas e reprodutoras do estabelecido. O discurso mantenedor retrata, de certa forma, nossa afirmação, ao tomarmos a fala da Enfermeira 7 como exemplo:

Você quer que eu fale sob o meu dia-a-dia. Eu sou um bombeiro que todo dia tenho que ficar apagando incêndio, delegar as tarefas para os funcionários que geralmente reclamam e não concordam com o que a gente faz. Na realidade, a gente reclama mas vamos todo dia fazendo a mesma coisa, do mesmo jeitinho de sempre. É mais cômodo.

Os estilos de ação conservadores foram se evidenciando também a partir das posturas de impotência diante de situações dadas como novas. Foram se despotencializando pelo “medo do novo e do olhar para o futuro”. A possibilidade de mudar foi várias vezes significada como ameaça ao que já existia e se conhecia, na incerteza dada pelo futuro, no que está por vir. Foi assim que a Enfermeira 3, em diversas ocasiões, verbalizou e demonstrou o medo de enfrentar situações novas e inesperadas,

...eu tenho medo de estar implementando coisas novas, ser criticada. Logo que comecei a trabalhar eu fazia isso. As pessoas tinham sempre um senão. Hoje eu confesso que não faço mais isso. Veja, os funcionários e mesmo nossas colegas são muito resistentes e não aceitam mudanças facilmente, ou seja, quando temos que mudar ou implantar uma rotina, por exemplo, as pessoas não participam de boa vontade, já vão achando que não vai dar certo. Às vezes, propomos mudança e ficamos numa situação pior do que já estamos. O plantão de complementação é um exemplo. Às vezes, eu acho que até o aumento no número de pessoal aqui, no hospital, não mudou para melhor. As pessoas chegam e vão ficando acomodadas, sei lá.

Certamente a resistência para mudar o estabelecido é a característica que mais se fez presente nesse grupo. Assim, como a mudança de alguns processos nem sempre foi reconhecida como sendo para melhor, para dar melhores resultados na assistência e mesmo nas relações entre as pessoas e, novamente, a elaboração das escalas, a implementação das rotinas e a passagem de plantão são exemplos para caracterizar os protagonistas dessas ações e seus protagonismos.

Identificamos, ainda, que o foco de preocupação dos protagonistas portadores desse estilo tem sua ação estruturada nos procedimentos técnicos que fundamentam a prática da enfermagem, ou seja, se respaldou na manutenção da concepção de que ser enfermeira é estar desempenhando procedimentos técnicos de enfermagem,⁴⁷ utilizando técnicas disciplinares e de controle para os demais agentes institucionais, conforme foi revelado pela Enfermeira 6. Essa é uma fala constante nos discursos dos vários agentes institucionais, ou seja:

...eu me sinto enfermeira quando estou fazendo algum procedimento importante, quando estou passando uma sonda, ou qualquer atividade com o paciente. Se pudesse, não faria nenhuma atividade que não fosse isso, pois me sinto uma burocrata e não foi para isso que eu fiz enfermagem. Eu acho que nós não deveríamos ficar fazendo politicagem. Mas isso não significa que não vamos controlar as atividades de enfermagem.

A questão técnica foi constantemente vista como um valor a ser resgatado, tanto que a Enfermeira 8 considera que

...a enfermeira não é valorizada e não tem reconhecimento porque muitas vezes nós não dominamos as técnicas de enfermagem. Tínhamos que ter uma técnica diferente dos outros profissionais, que fosse realmente só nossa.

Os estilos de ação conservadores se fizeram presentes tanto nos protagonistas que se vêem e são vistos como impotentes; a partir da manutenção do que já existe e se apegando em rituais que potencializam pouco os seus agires. Estando presentes, ainda, naqueles que

⁴⁷ Os procedimentos técnicos estão relacionados ao ritual do curativo, tapotagem, ao banho do leito, dentre tantas outras técnicas específicas do trabalho da enfermagem.

se vêem e são vistos como potentes, estando neles presentes as ações voluntaristas, a centralização das ações, e foram se introduzindo também pelas ações que julgavam “muito” transformadoras da atual prática, assim como na possibilidade da enfermagem se manter “neutra, não tomar partido, das ações políticas, que estão presentes na instituição”.

Mudar significa sair do mesmo lugar

O estilo de ação político-institucional transformador adota estilos de agir, em que está posta a possibilidade de os trabalhadores de saúde serem privilegiados agentes de mudanças das situações que reconhecem como insatisfatórias, à semelhança do que ocorre com as inquietações dos demais protagonistas. O que vai diferenciá-los são os caminhos que encontraram para propor e imprimirem as mudanças, estando sempre nas interfaces e limites dos demais estilos.

Esses protagonistas perceberam a mudança como um processo inadiável, necessário e irreversível, cujo caminho não é fácil de ser produzido conscientemente e de forma que se construa uma nova realidade institucional. Nesse sentido, os intercruzamentos que apreendemos se apresentaram de forma muitas vezes tênue, sendo detectados, na maioria das vezes, pelos discursos e pelas ações que realizaram.

Percebemos esse estilo, com frequência, na maioria das vezes, nos discursos dos que tomaram partido de que a mudança não está restrita apenas à opção do cuidar ou a opção do administrar o trabalho da enfermagem, uma vez que muitas vezes uma tem excluído a possibilidade da outra. A necessidade de mudar o que está instituído, visto, inclusive, como insatisfatório, foi se produzindo a partir de estruturas que consideraram que, na instituição, não se produzem simplesmente serviços. Os protagonismos aí produzidos foram percebidos também como inseridos nas estruturas do poder instituído, sendo esses lugares também de reprodução e consentimento da autoridade, havendo conjuntos específicos de tarefas. Normalmente, tem-se uma visão muito limitada de cooperação entre os grupos.

A esse respeito, Motta (1997, p.49) nos adverte que a mudança é um processo consciente de alteração das relações sociais, e sua existência está na dependência da interação das pessoas, nos valores de que todo indivíduo é portador. O autor aponta o

espaço cotidiano como singular para se compreender como as pessoas criam a realidade social e a interpretam como um todo coerente. Ele afirma: o cotidiano

...concede o significado e o consenso sobre o real. O conhecimento está no cotidiano e no senso comum das pessoas, e a mudança é a alteração dessas interações, sobretudo do significado subjetivo que cada pessoa a elas atribui.

Na concepção de Motta (1997, p.59)),

...transformar é alterar a realidade ao mesmo tempo em que se muda a maneira de pensar; é crer no poder das idéias, nos limites da realidade e na capacidade infinita de os seres humanos buscarem novas formas de ser e de agir.

Autonomia: um "atalho" para a mudança

Percebemos, no estilo de agir **transformador**, a produção de alguns valores que foram aproximando-o ou, na maioria das vezes, diferenciando-o dos outros estilos de agir. É assim que esse grupo incorporou como fundamental o desejo de alianças com outros profissionais para fortalecer as distintas práticas institucionais, conforme se apresentou no discurso da Enfermeira 4

Nós, que não somos médicos, precisamos ter um projeto que nos aproxima tanto dos médicos quanto dos outros profissionais, senão seremos sempre assim, cada um por si, e a razão por que estamos aqui se esvazia, perde o valor e importância. Sei que não é fácil, mas, se não houver disposição, nada vai acontecer. Precisamos romper com o nosso marasmo, impotência e criar fatos e coisas novas, o nosso trabalho tem em primeiro lugar de ter significado positivo para nós mesmos.

Esse estilo foi portador também de modos de agir que apostaram na possibilidade de novas formas ou estilos de se produzir supervisão em enfermagem, de modo mais autônomo e participativo, assim como na possibilidade de se diluir a dicotomia entre o cuidar e o administrar na enfermagem, percebidas essas ações como processos únicos, complementares e inter-relacionados para a organização do trabalho das enfermeiras. Os

profissionais identificaram que esses processos são importantes e suas apostas contemplaram também outras formas de se constituir as relações com o outro nos lugares institucionais e nas formas de se organizar coletivamente o trabalho em saúde.

Os portadores desse estilo de agir tomaram como direção, para produzir a sua prática cotidiana, o trabalho multidisciplinar, enquanto possibilidade da apreensão de saberes interdisciplinares que são constituídos, em particular, por agires que se realizam nas equipes de trabalho multidisciplinares, tendo como espaço de atuação a inserção em distintos programas⁴⁸ existentes no ambulatório do HUCAM. Assim, segundo a Enfermeira 9,

...esse é um espaço muito importante para nós, enfermeiras. Eu tenho percebido que, quando estamos envolvidos nos programas, temos possibilidade de mostrar melhor o nosso trabalho, somos mais reconhecidos e respeitados, porque lá todos percebem que é uma corrente. Para dar certo, um tem que saber o que o outro faz, qual é o espaço de cada um e respeitar o outro, sua experiência.

Para a Enfermeira 10, a possibilidade do trabalho multidisciplinar é uma oportunidade de reencontro com a sua prática, de sair da mesmice na qual as práticas de saúde e a enfermagem também estão imersas. O trabalho multidisciplinar foi visto e é executado como um meio de produção de autonomia para a enfermeira, na sua ação político-institucional. Assim considerou que foi com esse tipo de intervenção que se reencontrou com a enfermagem e com ela mesma. Desta forma se expressou:

...quando passei a participar como enfermeira no ambulatório, inserida no programa X, foi que me reencontrei profissionalmente. Admito que a convivência entre os vários profissionais é muito difícil, tem muitas arestas para se aparar, mas é também muito gratificante e, se conseguimos nos respeitar, sabendo que temos diferenças e interesses muitas vezes diferentes, aí você vê como somos pequenininhos no hospital, cada um querendo defender o seu pedacinho. Eu tenho aprendido tanto com os outros profissionais e tenho certeza que eles também estão aprendendo comigo como enfermeira e o que temos conhecimento e competência para fazer. Aqui temos um espaço que é dado pela competência e

⁴⁸ Na instituição HUCAM, existem vários programas de atenção à saúde, nos diversos ambulatórios, que são definidos a partir da eleição de alguns problemas de saúde, tais como: Lombalgias, Diabetes, Tuberculose, Alcoolismo, Hipertensão, AIDS, Saúde do Trabalhador ...

conhecimento profissional, aqui somos realmente educadoras não só para os pacientes, mas também com e para a equipe. Sem dizer o quanto nos sentimos importantes, úteis e realizadas ao atender, escutar e dar atenção aos pacientes. Aqui existe muita troca entre nós e os pacientes, pois a comunicação é direta. Ficamos cara a cara com os pacientes e muitas vezes seus familiares. Temos que nos expor, dar atenção mesmo aos pacientes. Eles aqui são realmente o centro das atenções. Acho que esse é o melhor espaço de trabalho, e os enfermeiros ainda não perceberam isso. Falamos tanto em autonomia e reconhecimento, mas não utilizamos estas oportunidades e possibilidades de lutar e conquistar nossa autonomia para criar um novo jeito de organizar o nosso trabalho. Não conseguiria mais trabalhar daquele jeito que você conhece lá no hospital.

Mudar nem sempre significou ficar melhor

O atuar com estilo de ação político-institucional transformador nem sempre significou “ficar melhor”. A fala do nosso tempo representou muito bem isso, quando vários funcionários disseram como se expressou a Auxiliar 3: *“antigamente era melhor de se trabalhar aqui, a pessoas nos respeitavam mais, éramos mais reconhecidos”*.

Para as enfermeiras consideradas mais “antigas de casa”, a mudança ou transformação se deu muitas vezes para piorar as coisas. Conforme a Enfermeira 8, percebe-se a

...desconsideração do trabalho de quem já ralou, adoeceu e se matou por isso aqui. Agora esse pessoal mais novo, que vai chegando, já vem fazendo exigências, e a instituição é que tem de se amoldar aos horários que eles podem trabalhar aqui, às vezes eu acho que, nesse aspecto, nós mudamos para pior, pois com isso foi também nosso compromisso, responsabilidade e por que não nosso amor por isso aqui e pelo que nós fazemos.

Os rituais de passagem de plantão pedem passagem

Os estilos de agir **transformadores**, pautados em ações descompromissadas, guardam como tendência os novos significados que têm tido, por exemplo, o ritual da passagem de plantão e o acentuado percentual de faltas ao trabalho sem causas que realmente justifiquem o alto índice de absenteísmo na instituição, em particular na

enfermagem, conforme demonstrado neste estudo. Apreendemos que a passagem de plantão não se constitui, conforme tem sido colocado nos vários discursos da enfermagem, em um momento importante e intercessor⁴⁹ do agir da enfermagem.

Por outro lado, o absentéismo, apesar de representar, na maioria das vezes, o processo de adoecimento real do trabalhador, em muitas situações deixa aflorar as subjetividades que se “escondem” por trás da falta ao trabalho e tem refletido na enfermagem em quebras de acordos com os próprios colegas, com a instituição e, em particular, com os pacientes hospitalizados dependentes da assistência de enfermagem.⁵⁰ Acreditamos que a produção de estilos de ação institucional, pautada nesses modos de estar na instituição, tem a ver com a insatisfação e desprazer que hoje permeiam o espaço hospitalar, pela própria situação crítica que vem sendo vivenciada, notadamente no cotidiano das instituições hospitalares no setor público de saúde. A falta de motivação dos trabalhadores para estar nesses espaços tem efetivamente se constituído num elemento relevante para se analisar espaços de trabalho no setor de saúde, por diversas razões das quais destacamos a cada vez mais tênue ausência da solidariedade e a falta de compromissos entre os diferentes agentes institucionais, o que tem se evidenciado sobretudo nas relações de indiferença e desrespeito que campeiam esses espaços.

Para a Enfermeira 11,

...hoje o descompromisso das pessoas está tão evidente que as pessoas nem se preocupam mais em chegar na hora, passar plantão. Isso não existe mais. Nem mesmo se preocupam em trazer atestado, elas simplesmente não vêm trabalhar aqui, mas, se você procura no outro emprego, eles estão lá. Aqui faltam provavelmente porque o serviço público está tão desvalorizado que as pessoas fazem daqui um bico e, se têm que faltar em algum lugar, é lógico que escolhem o HUCAM. É mais fácil, não acontece absolutamente nada porque quando se falta ao trabalho aqui, abre-se processo administrativo um atrás do outro, mas uma ação efetiva, de inclusive se buscar as causas por que se falta tanto na enfermagem, nutrição e

⁴⁹ Intercessor foi usado enquanto ação integradora na passagem de plantão, sendo vista essa atividade como lugar de encontro da equipe de enfermagem e dos diferentes turnos de trabalho para relatar e “passar” o trabalho para o outro, assim como as necessidades do setor e principalmente dos pacientes. Tem sido também um momento para regulação e constatação da presença ou não dos funcionários no serviço e no setor.

⁵⁰ Na Semana Santa do corrente ano (1998), na Sexta Feira da Paixão, todo o plantão de enfermagem de nível médio, faltou ao serviço no Pronto Socorro do HUCAM, o que levou ao fechamento do setor por falta de pessoal para dar suporte ao trabalho da enfermagem e dos outros profissionais.

por aí afora, eu nunca vi aqui e em nenhum lugar no serviço público. Eu tenho pouco tempo de formada. Posso até estar errada no meu ponto de vista, mas veja os funcionários do setor X faltaram num determinado dia. E sabe o que aconteceu? Se abre processo e vai passando, rolando e o funcionário que sabe que não tem como substituí-lo imediatamente continua faltando e o problema continua, não se atua nos problemas e suas causas e sim vai se adiando as soluções.

O hospital: um espaço de enfrentamentos

São protagonistas os portadores de estilos de ação político-institucionais, cuja postura, ação e discurso foram formulados no interior de agires **autoritários**, em que a relação com o outro tem sido impositiva e mesmo de arrogância. O outro é sempre aquele a necessitar de controle, a ser disciplinado, vigiado ou mesmo reconhecido como incapaz e desqualificado profissionalmente ou até para se autocuidar, nos casos dos pacientes. Os modelos de gerenciamento centralizados são um testemunho vivo desse estilo de agir, e o discurso, tanto dos enfermeiros como dos auxiliares para o “não participar” de muitas situações, tem reforçado essa situação.

Uma das ações que mais representou esse estilo esteve presente nas formas de as enfermeiras se relacionarem com a equipe de enfermagem, com os alunos, assim como no modo de os médicos se dirigirem à enfermagem e demais profissionais, residentes e internos da medicina. Na enfermagem, chamou-nos a atenção o quanto um dos instrumentos de trabalho da enfermeira – a escala de serviço – tem sido utilizado para manifestar o autoritarismo e a arrogância de alguns profissionais.

Certamente, dentre os instrumentos que a enfermeira se utilizou para organizar o seu trabalho cotidiano na instituição, a escala mensal de trabalho foi um bom analisador para se apreender os estilos de ação autoritários, conforme foi visto neste estudo, constituindo-se num instrumento de freqüente questionamento e conflito entre os envolvidos e mesmo com a direção do hospital. Pudemos observar, em decorrência dessa tarefa, diversos embates das enfermeiras com o pessoal auxiliar e das próprias enfermeiras com a chefia da Divisão de Enfermagem e com a direção do hospital. A maioria dos conflitos tinha a ver com o tempo para a elaboração da escala e, pela dificuldade de acomodar tantas nuances da mesma, conforme se percebeu na fala da Enfermeira 11:

A falta de pessoal tem sido um dos maiores problemas para se fazer todo mês a escala. Passo cerca de quinze dias, todo mês, para solucionar os problemas da escala. Quando penso que ficou pronta, o funcionário entra de atestado ou pior, nem sei se é pior, pediu demissão ou foi afastado por qualquer motivo. Eu acho que isso não deveria ser tão estressante e desgastante para nós, pois os funcionários, e mesmo nós, nunca ficamos satisfeitos com a escala quando ela vai para o setor.

Essa forma de a enfermeira dispor do seu tempo de trabalho tem a ver com os modelos de supervisão que são reproduzidos nas instituições, em que se administra o tempo do trabalho de forma equivocada, sem prioridade e planejamento, atendendo à demanda do momento.

Ao organizar o trabalho, baseadas, em especial, na lógica do controle, da disciplina e das tarefas, as enfermeiras têm perdido de vista questões fundamentais, como a possibilidade de produzir modelos de gerenciamento, na enfermagem, mais compartilhados, centrados nas equipes de trabalho. Cabe, no caso das escalas, à enfermeira definir e declarar os critérios com que a escala deva ser elaborada e não perder a metade do mês para elaborá-la. Todas as vezes que nos deparamos com essa (in)satisfação das enfermeiras, somos impelida a questionar, o porquê de não “delegar” para funcionários administrativos, ou mesmo informatizar esse procedimento ou, na impossibilidade de tal, por que não criar mecanismos de participação efetiva dos funcionários, ou seja, por que não trocar o centralismo pelo exercício do “fazendo junto”. Afinal, a produção e efetividade da escala afeta a todos, segundo o próprio discurso das enfermeiras, até porque ela é vista como um dos instrumentos que permite organizar o trabalho da enfermagem e organizar a vida desses trabalhadores para saberem os seus dias de estar na instituição.

Resistindo ao instituído

O empírico foi nos mostrando um momento particular de “quebra” do autoritarismo por parte do pessoal auxiliar, ao “resistir” às formas de organizar o trabalho sem a preocupação e envolvimento concreto dos agentes envolvidos. Isso foi percebido, quando da distribuição diária das tarefas aos funcionários pelas enfermeiras nos setores. Foi comum presenciarmos a “desobediência” dos funcionários à determinação do lugar que eles teriam

que assumir para operar o trabalho naquele dia, conforme presenciamos a Auxiliar 1⁵¹ conversando com a colega e ignorando totalmente as ordens da enfermeira do setor. Assim a Auxiliar combinava com a colega: *“eu ajudo você nos cuidados e depois você me ajuda na medicação, assim terminamos mais rápido. Eu tive um plantão de ‘cão’ essa noite no Hospital X”*.

A fala do autoritarismo, da debilidade da comunicação entre os protagonistas, se instituiu também pela forma de as enfermeiras se relacionarem com o pessoal de enfermagem, conforme se pôde constatar no diálogo da Enfermeira 4, falando para uma funcionária auxiliar de enfermagem:

“Auxiliar 2, hoje você vai para o setor X

A funcionária questiona e a Enfermeira 4 responde:

—Estamos precisando de você lá e não adianta reclamar.

—Fale com seus colegas que faltam todo dia, pensa que nós gostamos de todo dia ter que fazer isso?”

Percebemos que a escala se constitui num dos instrumentos para se “relacionar” com a equipe, expressando o controle e autoridade utilizados pela instituição, por meio das enfermeiras. Ao mesmo tempo em que permite o controle, pelas chefes de setores, serve também para desautorizá-las nas trocas de plantão e em outras delegações de tarefas, com e entre os próprios funcionários, deixando evidente a fragilidade da autoridade e desse controle tão arduamente defendido e decantado pelas enfermeiras.

A escala e outros tipos de intervenções, na realidade, têm servido para impedir o compartilhamento das ações e para burocratizar essa prática profissional, conforme já atestaram autores como Silva (1997) e Capella (1996). Essa ação não se justifica como um meio em si mesma, ao utilizar tanto tempo e energia dessas profissionais, uma vez que a lógica que a orienta tem tomado como verdade e necessidade o controle e muito pouco os meios de se qualificar a assistência; mudar os estilos de gerenciar os processos de trabalho; e mesmo as relações, como se pôde verificar nas justificativas das enfermeiras, quando, numa discussão sobre a escala, as enfermeiras não aceitavam não ser essa uma atribuição

⁵¹ Para os fins deste capítulo, vamos designar de auxiliar o pessoal de enfermagem de nível médio e o pessoal de nível elementar.

sua. Assim, a Enfermeira 9 afirmou: “*Não podemos abrir mão de fazer a escala, já temos tão pouca autonomia. É ela que nos permite ainda ter algum controle sob os funcionários*”.

No entanto, esse tipo de “autonomia” mostrou que suas ações não enriquecem a prática, não resignificam o conteúdo das tarefas na enfermagem, uma vez que não têm sido utilizadas pela maioria das enfermeiras para exercer autonomia, no sentido da construção de um autogoverno que contemple, por exemplo, o redimensionar dos modos de gerenciar os processos de trabalho e neles os estilos de intervenção institucional, apresentando melhorias efetivas nos resultados da assistência de enfermagem que vem sendo realizada, além de contribuir, ainda mais, para a produção de saberes e fazeres fragilizados.

A “autonomia”, que vem sendo produzida por essa forma de concepção de trabalho, na realidade, tem sido mais um mecanismo dificultador para se imprimir processos gerenciais, participativos, emancipatórios e compartilhados entre os diferentes agentes institucionais. Na verdade, esses estilos têm sido produtores de desconfiança e conflitos, contribuindo para a perda da criatividade e da motivação dos trabalhadores, empobrecendo assim o trabalho da enfermagem, no coletivo das práticas de saúde.

O cotidiano a ser (re)construído

Assim como a fala do cuidado, o estilo de ação político-institucional participativo mostrou-se muito desejante, idealizado. Isso foi apreendido, em particular, nas falas das protagonistas enfermeiras que estavam insatisfeitas com a sua prática, reconhecida pela Enfermeira 7,

...como muito conservadora e centralizadora. Considero que precisamos largar esse modelo, envolver os funcionários e nos envolver com os demais profissionais, buscar e incentivar no que eles podem contribuir para melhorar nossa prática. Acho que temos que ter uma relação mais de educadores ou facilitadores do trabalho da enfermagem com os demais profissionais e com os pacientes, principalmente orientando-os a se autocuidarem, valorizando o conhecimento deles e da família.

Mais uma vez, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar foi visto como uma grande possibilidade de deixar emergir uma outra prática.

que ela potencializa agires estruturados pela impotência dos protagonistas, e a sua força está no aceitar, passivamente, os instituídos/instituintes institucionais. Assim, usar o poder médico é o viés explicativo que mais protagonizam no cotidiano das práticas institucionais. Na nossa compreensão, abraçar apenas o poder da racionalidade médica como possibilidade explicativa é simplificar a realidade, é não se perceber linhas de fuga⁵³ ao que está instituído, conforme vem sendo tratado por autores como Almeida et al. (1997), Merhy (1997), Silva Lima (1998) e Campos (1992).

A Enfermeira 1, ao falar sobre a submissão da enfermagem, na relação com os outros profissionais, situa que a

...origem da nossa submissão está na nossa própria história e nós até hoje não conseguimos nos libertar totalmente disso. Tanto é assim que assumimos passivamente muitas atribuições que não são nossas, como resolver problemas de manutenção, e deixamos de fazer enfermagem, ficamos atrás de material, de resolver problemas de portaria, comportamentos das visitas e acompanhantes. Às vezes não nos damos conta de como é que isso acontece, às vezes nem percebemos como isso tem a ver com o papel que acham que temos de exercer, de abnegadas, sacrifício, ordeiras e que aceita tudo.

Miranda (1994, 1991) tem se detido em analisar algumas das características da profissão da enfermagem, dentre elas, a presença ainda marcante de estilos de atuar e se colocar, profissionalmente, de forma submissa. A autora chama a atenção para o fato de que a submissão da enfermeira ao profissional médico tem se dado, ao longo da história, pela incorporação (permissão) de alguns poderes que a profissão médica concede, ou seja, repassa para as enfermeiras. Adverte que esse “poder concedido” é utilizado inclusive para criar linhas de autoridade na relação com os pacientes, uma vez que o cuidar do corpo adoecido passa a ser tarefa e responsabilidade da enfermagem.

Pudemos verificar, em campo e mesmo na relação docente com alunos, a forte presença de falas e ações que sustentam e a representação da submissão, em que o espírito

⁵³ Conforme já afirmado, esse termo tomamos de empréstimo de Merhy (1997) e é utilizado para explicitar as possibilidades alternativas de se mudar o que está dado, instituído, por partes dos trabalhadores, tendo em vista o autogoverno desses sujeitos para agir em situação.

de servir e sacrifício se fizeram presentes em vários discursos, mesmo que as situações concretas das ações apontassem em direção oposta.

O campo nos mostrou que os estilos de ação político/institucionais das enfermeiras e os seus modos de se perceberem e ser percebidas têm vários tons e movimentos, o que nos levou a concordar com a reflexão de autores como Miranda (1994, 1991) e Sobral et al. (1996, p.111),⁵⁴ quando apontam para a necessidade de se

...refletir sobre o tom que a enfermagem tem, seu poder visível e invisível [...]. Isso é o ponto de partida para a construção, por nós mesmos [em primeira instância], de uma outra representação da enfermeira, o que poderá contribuir para a construção de nossa identidade profissional na sociedade.

3.2.1 As muitas cenas produzidas pela cotidianidade

Entendemos que a produção dos estilos de ação teve a ver com os recortes interessados da autora, em primeiro lugar, ao tentar interpretar as representações dos protagonistas e, por isso, reconhecemos que, em alguma medida, essa produção possa ser incompleta e até mesmo insuficiente para se falar numa prática tão complexa, quanto o é a enfermagem.

É por sabermos das limitações das argumentações aqui postas e das interrogações que os “estilos” aqui produzidos comportam, que pensamos na possibilidade da produção de novas interpretações e agrupamentos. Assim, estamos convidando os leitores para, de posse das várias estruturas discursivas, aqui produzidas pelos vários protagonistas deste estudo, reproduzir, conforme seu juízo e recorte interessado da realidade, “novas” possibilidades, tendências e estilos de protagonismos e protagonistas para o agir das enfermeiras/enfermagem no coletivo do trabalho em saúde. A abertura permite novas possibilidades de (re)leituras permitem produzir, também, explicações da realidade institucional das enfermeiras, não percebidas nesse momento já “passado” da pesquisa. Assim, para esse compartilhar, consideramos importante estar mostrando imagens que prenunciaram algumas cenas protagonizadas nos três momentos distintos da constituição da

⁵⁴ A respeito da submissão e estereótipos que ainda acompanham a trajetória da enfermagem, recomendamos a leitura do artigo dessa autora intitulado: *De Florence a Du Loren*. Publicado na Revista de Enfermagem da UERJ, vol. 4, abril de 1996.

organização do trabalho das enfermeiras, constituídas pela enfermagem administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais .

Esses momentos foram desvendados neste estudo, buscando “conter” o mais fielmente esses diferentes olhares e protagonismos que essas ações foram permitindo produzir. Assim, gostaríamos de compartilhar com possíveis leitores as muitas possibilidades dadas por estes textos que foram o “espelho” que refletiu, em determinado momento, numa dada realidade, uma prática, no caso a prática cotidiana das enfermeiras, inclusive deixando emergir as contradições que compõem os estilos de ação no trabalho desses profissionais no espaço hospitalar, no qual estão imersos e inseridos.

Ao nos tornar mais familiarizada com os dados, fomos percebendo que o aprofundamento na análise dos mesmos nos apontaram para algumas possibilidades utilizadas pelas enfermeiras na produção do seu agir cotidiano.

Assim, dos estilos de ação político-institucionais que fomos apreendendo, pudemos vislumbrar o emergir de outros estilos que se inter cruzam e foram aparecendo como possibilidades de releitura e do repensar dessa prática. Esses outros estilos foram surgindo a partir dos agires que iam se constituindo como possibilidades de ação político-institucional, em particular na busca de ações autônomas, participativas e mesmo de resistência ao estabelecido, e se constituíram em cenários que foram permeando muitas das cenas protagonizadas nos estilos identificados numa primeira aproximação e embutidos nas cenas que se constituíram pelas fragmentações dadas pela enfermagem administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais.

3.3 As enfermeiras administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais: três cenas que se completam

Para Silva Lima (1998, p.167), as características do trabalho de enfermagem estão relacionadas ao projeto terapêutico adotado e à finalidade do trabalho coletivo, que é a produção de cuidados individuais de diagnóstico e terapêutica, identificando três modalidades de organização do cuidado, que tradicionalmente têm sido utilizadas pela enfermagem.

Diversos autores têm demonstrado, inclusive Silva Lima (1998), que as práticas profissionais se produzem baseadas na “hierarquia das tarefas”, de onde as tarefas mais complexas são destinadas aos profissionais mais qualificados e escolarizados. Nessa lógica, cada profissional realiza um tipo determinado de tarefas para todos os pacientes numa unidade ou enfermaria.

Sinteticamente, essa autora destaca que essas modalidades estariam constituídas pela:

- a) **Modalidade Funcional:** que é baseada na designação de agentes para tarefas específicas, não necessariamente relacionadas entre si, com uma hierarquização segundo a complexidade técnica e a qualificação requerida.
- b) **Método do Trabalho em Equipe:** está baseado no princípio do agrupamento de pessoas/profissionais, tendo, como coordenação/chefia, a enfermeira. O modo de atuação se dá tendo como lógica o provimento dos cuidados de enfermagem a um número x de pacientes, que são divididos entre os membros da equipe. Geralmente o planejamento e a direção do cuidado são realizados pela enfermeira, que, como observado em Silva Lima (1998) e também em algumas situações no nosso campo, vai distribuindo as tarefas para os membros da equipe. Essa divisão se dá a partir da constatação das *“necessidades dos pacientes e ela própria presta algum cuidado de maior complexidade”*. Sendo essa lógica a base da lei do exercício profissional da enfermagem.
- c) **A Enfermagem Primária:** é baseada, segundo análise de Silva Lima (1998, p.175), numa modalidade de assistência, em que cabe à enfermeira, prestar *“assistência ao paciente durante as 24 horas do dia e nos sete dias da semana”*. Enfatiza a comunicação direta da enfermeira com o paciente e uma relação mais próxima, visando à continuidade do cuidado.⁵⁵

A exemplo dessa autora, os dados que apreendemos no campo empírico e mesmo as situações abstraídas da nossa vivência profissional nos mostraram que as duas primeiras modalidades, o modelo funcional e o método do trabalho em equipe, têm determinado e marcado a formação e mesmo o trabalho das enfermeiras nos distintos mercados de trabalho.

⁵⁵ Para maior aprofundamento, remetemos à leitura do trabalho de Silva Lima (1998), cap. 4.

Kron e Gray, in: Silva Lima (1998), observaram que as implicações da assistência, tendo como referência a modalidade funcional, é a de que a ênfase passa a ser *“fazer com que seja feito, a exemplo de uma linha de montagem”*.

Silva Lima (1998, p.176), após tecer considerações sobre essas modalidades de assistência, chama a atenção para o ponto central desse debate que é o próprio modelo de organização do cuidado de enfermagem.

Assim como em nossa pesquisa, a autora constatou que o processo de organização do trabalho na enfermagem se sustenta em torno da realização de procedimentos, em que a

...dinâmica do trabalho constitui-se em atividades realizadas em série, de forma mecânica, caracterizando-se como produção em massa, denotando a existência de princípios tayloristas.

Pudemos também perceber que esse modo de organizar o trabalho na enfermagem propicia que a delegação das tarefas, conforme vai sendo designada para o pessoal auxiliar, em particular, contribua para a perda da identidade dos pacientes. Assim, concordamos com Silva Lima (1998, p.176), quando afirma que as *“necessidades dos pacientes, que são atendidos nesse modelo de organização do cuidado de enfermagem, limitam-se àqueles que são reconhecidos pelo saber clínico, circunscrito ao corpo anatomopatológico”*.

Podemos, assim, afirmar, a exemplo de outros autores, que o trabalho da enfermagem se (re)produz, em especial, a partir de ações hierarquizadas, cuja complexidade tem sido definida pela concepção e execução dos atos profissionais.

Essa forma de organizar o trabalho vai além da vontade da enfermagem para definir esses modelos. Entender esses processos é perceber também as lógicas que permeiam as determinações capitalistas, em que todo o trabalho coletivizado precisa de alguém que se responsabilize e assuma a sua coordenação e gerência.

No caso do trabalho em saúde, como já mencionado, coube ao profissional enfermeiro assumir essa coordenação no que diz respeito ao trabalho da equipe de enfermagem e mesmo para dar a manutenção e o suporte institucional às outras práticas de saúde.

Certamente, foi no hospital que essas determinações se fizeram mais presentes, possivelmente devido a esse espaço ter se constituído num lugar capaz de possibilitar as ações de caráter terapêutico, sendo favorecedor da relação médico-paciente.

Para Leopardi (1996, p.24), o hospital, ao longo dos anos,

...lançou mão de um conjunto de trabalhos infra-estruturais, onde o mais importante foi o da enfermagem que se organizou utilizando, principalmente três instrumentos de trabalho: as técnicas (para organizar o cuidado), a administração (para organizar o ambiente) e os mecanismos disciplinares (para organizar seus agentes).

Nessa perspectiva, essa autora identificou que coube às enfermeiras coordenar e gerenciar os vários momentos do *“processo, produzindo normas institucionais por referência à manutenção da ordem e da disciplina”*. Nessa forma de organização do trabalho, além das competências técnicas e científicas, a enfermeira teve ainda, segundo Gomes in: Leopardi (1996, p.25), de *“adquirir e produzir competência administrativa que lhe possibilitasse gerenciar os serviços, tomando a totalidade do processo de trabalho em saúde”*.

3.3.1 A enfermeira administrando

Ao ter como analisador a enfermagem administrando, buscamos captar imagens que jogassem luzes sobre as múltiplas matrizes discursivas que significam o cotidiano institucional e, nele, os principais problemas e alternativas que conformam o trabalho da enfermagem, num dos seus privilegiados momentos, em que foram produzidos os modos de administrar pelas enfermeiras. Ao apreender o que é administrar em enfermagem, buscamos percebê-la, também, a partir de pressupostos teóricos que fundamentaram a administração em enfermagem nas últimas décadas.

Enfim, ao percorrermos esses caminhos, procuramos captar o que é a prática cotidiana do trabalho da enfermagem, seus fragmentos e quais dimensões teórico-práticas estão embutidas nesses processos em que a enfermagem exerce práticas instituídas e/ou instituintes nas 24 horas ininterruptas da construção e des-construção dos lugares e dos processos profissionais/institucionais. Nesse processo, pudemos desvendar que a maioria

dos discursos significa um cotidiano “problemático e difícil” mas, também, podendo se reconhecer as dificuldades, apostar na possibilidade de mudanças. Percebemos, na realidade concreta, que a atividade que a enfermeira mais utiliza, a administração, é vista pelo próprio olhar das enfermeiras, muitas vezes, como atividade sem valor, importância e cujo conteúdo das tarefas que essa ação incorpora se apresenta muitas vezes esvaziado e sem significado.

O olhar sobre a enfermagem administrando tem emergido de discursos elaborados a partir de estruturas discursivas, empobrecidas pela repetição, para o olhar em torno e para dentro de si mesmo; pela disputa de poderes corporativos e distanciamento do papel de cuidador, enquanto profissional que acolhe solidariamente, assistindo com respeito e qualidade as necessidades do outro. Caracterizou-se pela dicotomia entre o cuidar e o administrar; do ser enfermeira e do ser enfermagem, em que a regra tem sido o (des)considerar o outro e o seu lugar no mundo. Ao mesmo tempo que se notabilizou pelo conservadorismo e pelo acentuado sentimento de frustração, submissão, insatisfação, impotência e, dialeticamente, pelo autoritarismo e pela falta de perspectivas de poder romper algumas das cadeias de aprisionamento nas formas de direcionar sua prática e ser no mundo. Mas vislumbramos também desejos de se romper essa prática tal qual a mesma vem se instituindo, buscando construir modelos de gerenciamento mais compartilhados e participativos.

A predominância de estilos de ação conservadores foi intermediada pela submissão e pelo autoritarismo, mas se apresentou, também, a partir das ações conjuntas, participativas, sustentadas pela multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, entre os diferentes agentes institucionais.

Para Kurcgant (1991, p.3), a enfermagem, assim como outras profissões, incorpora, em sua formação e na sua prática profissional, o saber de várias ciências, sendo, assim, influenciada pelo saber e fazer, produzido pela interdisciplinaridade. As ações referidas à enfermagem administrando não fogem a essa regra. Assim, dos vários saberes que a enfermagem incorpora, um deles é o das ciências da administração.

Segundo Kurcgant (1991, p.3), *“isso contribui com uma parcela das atividades que se concretiza, principalmente na administração do pessoal de enfermagem”*.

O papel administrativo das enfermeiras tem se constituído em palco de muitas controvérsias e críticas, tanto do ponto de vista dos formadores quanto dos profissionais de saúde que atuam nos serviços.

Para Trevisan (1988),⁵⁶ as críticas que se fazem ao papel das enfermeiras, na função administrativa, têm a ver com o carácter burocrático que foi conformando essa prática, além da divergência sobre o papel profissional inculcado no processo de formação e a realidade do mercado de trabalho.

Para Trevisan (1988, p.63), as enfermeiras, ao se inserirem no âmbito das organizações de saúde, em particular nos hospitais,

...deparam-se com um trabalho que as leva a uma conduta organizada segundo rotinas preestabelecidas; delas é esperado que cumpram regras e regulamentos burocráticos, observem a hierarquia de autoridade e não se desviem para o novo e inesperado ou para fatos não contemplados no esquema. Essa expectativa do papel da enfermeira por parte da instituição é percebida como descaracterizando o papel ideal que lhes foi ensinado.

Ferraz (1996, p.6) admite que os conteúdos de administração que têm sido transmitidos às enfermeiras nos cursos de graduação, pós-graduação, e mesmo exercidos na prática cotidiana, estão respaldados no

...gerenciamento de unidades de serviços e desta forma os enfermeiros têm realizado uma administração em enfermagem prioritariamente voltada para a tecnoburocracia hospitalar [...] revelando uma aderência marcante aos fundamentos de Taylor e Fayol, datados do final do século passado e começo deste.

A presente, ainda, influência do modelo da gerência científica nos processos de organização do trabalho da enfermagem tem contribuído para fortalecer as atividades de supervisão por controle. Para Ferraz (1996, p.8), a dissociação do processo de trabalho, contribui para que

...a execução do trabalho torne-se desprovida da intencionalidade do trabalhador, reduzindo-a a uma atividade muito

⁵⁶ Acerca do papel burocrático das enfermeiras, recomendamos a leitura de Trevisan, em obra citada.

mais mecânica que criativa. A gerência moderna na sua intelectualização, espera que o trabalhador se comporte sem pensar, sem compreender os raciocínios técnicos empregados na linha de produção, criando a noção de tarefa. O papel do gerente consiste em preparar as tarefas e a sua execução, deixando explícito através de normas e rotinas o que deve ser feito, como deve ser feita e o tempo gasto para efetuá-las.

Conforme percebido por Ferraz (1996, 1995), também pudemos verificar no campo que a lógica que fundamenta esse modelo administrativo se fez presente na produção do trabalho das enfermeiras em nossa realidade.

Dessa maneira, os múltiplos discursos da enfermagem, sobre o seu trabalho administrativo, se produziram, muitas vezes, partindo de um imaginário ambíguo, em que as práticas profissionais foram vividas a partir dos conflitos das relações entre os sujeitos profissionais, dirigentes, docentes, alunos e pacientes. Esses discursos foram concebidos em cima de práticas que atuam como esteio institucional, reveladas no sentido do profissional apoiador, daquele que ampara e dá proteção, ou seja, de profissionais que se instituem nas ações da organização institucional e cuja prática é baseada no auxílio a outras práticas profissionais e necessidades institucionais. O discurso da Enfermeira 2 parte de uma percepção ancorada no trabalho das enfermeiras, que se organizou entre a assistência (cuidados) direta ao paciente, mas, principalmente, se mostrou nas atividades administrativas. Para essa Enfermeira, ao estar administrando,

...perdemos muito tempo com a burocracia, em reuniões com a Divisão ou com a Direção, em providenciar coisas para os outros profissionais. A parte do cuidado, na realidade, quem faz mesmo são os funcionários de nível médio, sob a supervisão dos enfermeiros. Olha! Eu penso que nosso trabalho é o esteio do hospital, é o fazer mesmo, quer dizer, quem carrega o hospital. Se vai bem, foi por causa dos médicos, mas, se vai mal, é culpa e responsabilidade da enfermagem, entendeu? Nós, enfermeiras, na realidade, temos a função de organizar o hospital para viabilizar, também, o trabalho dos outros profissionais.

A Enfermeira 12, ao refletir sobre o seu fazer administrativo, percebeu o cotidiano do HUCAM como semelhante ao que se institui em outras instituições,

...os nossos problemas são muito parecidos, se não forem iguais. Mas, o que nos motiva a ficar aqui é a possibilidade de conviver com alunos, professores, fazer pesquisa e mesmo por ainda ter esperança. O que nos move é essa vontade de que aqui seja diferente, melhor, por ser um hospital-escola. Que seja referência e um modelo a ser seguido, isto ajuda, estimula. Embora eu tenha que reconhecer que o ensino, assim como a assistência não vão bem não é [somente] no HUCAM, é no país inteiro. Os dirigentes, os governos não valorizam nem priorizam a saúde e o ensino. Mas eu tenho esperança que eles vão acordar e perceber que alguma coisa tem que ser feita, inclusive por nós, os profissionais. A gente às vezes fica naquela doce ilusão, para manter a motivação. Agora, às vezes, pensando sobre o que faço no dia-a-dia, às vezes entro em crise. Veja, muitas vezes ficamos naquela ilusão, aqui, de ser enfermeiro assistencial, enfermeiro administrativo e, na maioria das vezes, não fazemos assistência e não somos bons administradores. Não abraçamos mais a assistência. Muitas vezes até porque a parte assistencial é tão desgastante, quando você não tem apoio, incentivo; quando você não tem recurso material, bons funcionários. Você acaba se frustrando a tal ponto, que passa a não ligar mais, fica desestimulada, passa a não acreditar e investir no que você poderia fazer na assistência, por isso eu acredito que estamos fugindo para a administração com a doce ilusão de que ela seja mais gratificante, por dar mais status para os enfermeiros. Aparentemente você tem mais poder. Pode escorregar das suas frustrações com a enfermagem. Olha, sinceramente, Rita, eu não acredito muito nisto não. Acho que não é por aí que vamos nos encontrar. Eu sou das que pensa que só vamos nos encontrar, ter valor, quando estivermos de verdade prestando assistência direta aos pacientes, sabendo articular a assistência com uma boa administração.

O cotidiano do produzir as ações administrativas, no discurso da Enfermeira 8, é o de um

...dia-a-dia difícil, muito complicado; burocratizado; estressante e conflituoso. Às vezes, você chega super bem para trabalhar e você recebe o plantão e quando você acabou o plantão, você já está de mau humor. Isto é verdade, porque é muita coisa. Por exemplo, eu fui embora ontem, depois que eu fui embora, duas funcionárias de nível médio saíram para almoçar e só retornaram ao setor às 16:30 min e o enfermeiro da tarde não deixou nenhuma anotação, nada registrado, não fez nada com o funcionário, agiu como se não tivesse acontecido nada, como se os pacientes não tivessem sido prejudicados. Sabe, o enfermeiro da tarde é o

supervisor só da Clínica X. Isto acontece, porque o supervisor também não está assumindo o setor como se ele fosse um enfermeiro assistencial. Não temos integração nem entre nós, os enfermeiros, imagina com os funcionários. O que eu sinto, Rita, é que o pessoal da supervisão, eles deixam tudo para você, que é assistencial, pela manhã resolver. Eu não acho justo, porque, pela manhã, você que é assistencial, tem que fazer escala, eu tenho que mandar consertar tudo, organizar o trabalho da equipe, dividir as tarefas e ainda atender a tantas outras solicitações, reclamações que vão surgindo.

As cenas captadas, nos diferentes lugares, nos levaram a perceber o quanto a ação cotidiana do administrar a enfermagem é dividida e fragmentada. A mesma, em várias ocasiões, se apresentou limitada na explicitação sobre o significado do olhar e da ação do cuidado do e para o paciente. Ao perceber o agir da enfermeira de forma tão limitada, captamos também o quanto essa situação, mesmo que imaginária-discursivamente foi se tornando tão insatisfatória no olhar dos diferentes atores institucionais. Os muitos significados representados por essa ação foram nos conduzindo para a apreensão de um modo de administrar a enfermagem calcado, antes de mais nada, num processo que se instituiu a partir de uma lógica da organização do trabalho das enfermeiras, em que a ação de administrar foi vista e vivenciada como inerente e privativa do papel profissional das enfermeiras de forma burocrática e, como falou a Enfermeira 1. *“sem muito significado para as pessoas, pois é um trabalho que não aparece, não valoriza quem executa”*.

O discurso que subjaz nesse ato, na maioria das vezes, foi significado de forma contraditória e ambígua, pois, ao mesmo tempo em que foi visto como algo ruim, negativo, burocrático, controlador e tarefeiro, distante e mesmo ausente do que deva ser o fundante do objeto do trabalho da enfermagem – a pessoa portadora de necessidades de assistência –, foi vista também como um instrumento de poder e *status* institucional. Embora essa ação seja muitas vezes vista como insatisfatória, os discursos que incorporam não têm sido propositivos, sendo poliqueixosos, mas, mesmo assim, essas protagonistas, em seu conjunto, não pretendem abrir mão desse instrumento de trabalho, uma vez que é a partir dessas atividades que declararam *“controlar e ter poder no hospital e adquirir certa autonomia no seu trabalho”*.

A Enfermeira 2 considera que

...a enfermagem e as enfermeiras em especial não tem um modelo administrativo claro e visível do trabalho. Não sabemos planejar, não temos visão de futuro, somos muito presas ao presente e ao passado. Aqui parece que nada é sistematizado, vivemos e produzimos o mundo do faz-de-conta. É tudo assim, ao gerenciar no dia-a-dia, a gente vive resolvendo problemas na medida que eles vão aparecendo e cada vez de uma forma, cada vez o que é melhor para cada profissão/profissional e cada um resolve a seu modo, com o modelo que tem na cabeça e conforme a sua vontade e o seu comprometimento profissional. Não se tem método, um modo estruturado que sirva de modelo. Não se tem voz única, nem administrativamente, nem nas técnicas para cuidar. Cada um tem seu modo de fazer as coisas. E o pior, quando vocês, docentes da escola [Departamento de Enfermagem] vêm para o hospital, trazem o que vocês acham certo, nos criticam e, isto dá um nó na cabeça, principalmente dos funcionários. Um outro problema é que, como não temos metas claras aqui, a gente não consegue dar fim ao que se começa; a gente está sempre começando, pára no meio e começa tudo de novo, pára no meio. Delegamos muito as coisas, estamos muito ausentes do cuidado, de pegar e tocar no paciente. Estamos mais preocupados em punir, vigiar e controlar os funcionários, o material e até os outros profissionais, estamos sempre vendo o que o outro não fez e esquecemos de olhar o que não fazemos e poderíamos fazer. Eu acho que nós estamos perdendo espaço, pois reconheço que somos muito autoritárias com os auxiliares, mas nos retraímos quando temos que enfrentar os outros profissionais, principalmente os de nível superior como os médicos. Somos chamados de arrogantes e muitas vezes de autoritários. Eu acho que somos mesmo, até porque isto é uma forma de nos impor, por insegurança e medo, entendeu? Às vezes, os enfermeiros são arrogantes porque não conseguem se impor de outra forma. A enfermeira não consegue definir tarefas e cumprir as tarefas como dela e considerar que aquelas tarefas são delas, prioritariamente, é tudo junto, todo mundo na enfermagem faz tudo e não faz nada ao mesmo tempo.

A maioria dos *flashes* captados permitiram afirmar que o privativo das ações das enfermeiras tem tido como base de sustentação o controle de diferentes processos institucionais e de protagonistas institucionais, em especial sobre aqueles inscritos como membros participantes da equipe de enfermagem e que denominamos de pessoal auxiliar. A enfermagem administrando, muitas vezes, foi percebida como algo negativo, não foi vista como enriquecedora de uma prática, sendo explicitada pela enfermagem como processo “indireto” de produzir e gerir o cuidado, freqüentemente descentrado do usuário

dos serviços de enfermagem. Autores como Merhy (1997) apontam que a capacidade de “gerir e produzir cuidados” se constitui a partir de saberes estruturados em processos de trabalho que tenham como aposta a possibilidade da defesa da vida dos usuários do sistema. A perda dessa dimensão tem sido empobrecedora para se gerir as ações cotidianas nos espaços institucionais do trabalho em saúde.

Em Trevisan (1988), vamos encontrar que o trabalho burocratizado caracteriza-se pela separação entre quem executa e quem planeja, organiza, dirige e controla determinada ação. Trevisan (1988, p.65) nos indica que a função administrativa burocrática

...é um tipo de comportamento impessoal que é orientado detalhadamente por normas, rotinas e objetivos traçados pela organização. O comportamento do administrador segue-se ao compromisso para com a organização.

A imagem de si e para si

No olhar dos dirigentes e das próprias enfermeiras, administrar a enfermagem nas 24 horas do dia, nas instituições do tipo hospitalar, tem relação direta com a lógica da necessidade da racionalidade dos processos institucionais, em particular aqueles voltados para o controle, para a redução de custos, para a disciplina, para a sustentação da ordem institucional, para o controle e disciplinamento de pacientes, visitas e pessoal de enfermagem.

Nesse sentido, o hospital tem se posto como um lugar privilegiado para as enfermeiras e também para outros profissionais exercitarem poderes e autoridade sobre a equipe de enfermagem e sobre os pacientes em primeira medida. Além de lugar para exercer atividades administrativas que, no imaginário desses profissionais, embora com toda a negatividade com que ela venha se constituindo nos discursos e por que não na prática, confere, como afirma a Enfermeira 5,

... especificidade e distinção do trabalho das enfermeiras, em relação ao trabalho realizado pelo pessoal auxiliar, inserido na equipe de enfermagem e também dá certo status e poder às enfermeiras.

O significado dado a essa ação pela Enfermeira 4, é a de que

...a enfermagem administrando é uma tarefa árdua, que as enfermeiras não podem abrir mão, e está antes de tudo relacionada à organização do processo de trabalho, a partir de atividades associadas à supervisão e à delegação de tarefas; a controlar material; a controlar o pessoal de enfermagem e a organizar o espaço hospitalar para dar viabilidade e visibilidade ao trabalho de outros profissionais de saúde, em especial ao trabalho médico, uma vez que a maioria das atividades organizadas para viabilizar o trabalho da enfermagem se realizam em cima ou por cima das prescrições e/ou exigências médicas, como a medicação; as sondagens; os cuidados terapêuticos de curativo; o monitoramento de material para exame.

Destacam-se, além disso, as tentativas (geralmente fracassadas) de controlar e vigiar o trabalho dos médicos (principalmente, do horário das prescrições e visitas), mas, sobretudo, pelo controle (disciplina) sobre os funcionários, alunos e espaço físico por onde pacientes e visitas terão permissão para transitar ou não na e pela instituição.

A fala de alguns protagonistas, trabalhadores da enfermagem, sobre o que tem sido a “enfermagem administrando”, na cotidianidade hospitalar, mostrou o peso que as ações burocráticas e de controle têm na conformação do trabalho das enfermeiras, destacando-se, segundo a Enfermeira 1, as atividades relacionadas

...à supervisão do processo de trabalho, através da resolução de problemas, a montagem da escala de pessoal; o remanejamento de pessoal; os relatórios e ofícios; a delegação de tarefas; as providências visando à manutenção e recuperação de material hospitalar e organização do espaço de trabalho nas unidades de serviço.

Muitos dos modos produzidos pela forma de administrar na enfermagem mostraram as enfermeiras como verdadeiras “supermulheres” institucionais, perdidas e perplexas diante de “amontoados” de cenas que vão se descortinando à sua frente, mas cujo enredo nem sempre lhes é familiar e de competência, não conseguindo, muitas vezes, captar a essência dessas cenas. O dia-a-dia, nesse modo de administrar, mostrou-se como parte de um cenário de práticas hospitalares, produzidas por determinados protagonistas, de forma

conservadora, autoritária, muitas vezes descompromissada, mas também em que as resistências têm se dado muito pelos pactos advindos pelo “poder do silêncio” que muitas vezes emergem de estilos de ação aparentemente submissos.

A esse respeito, Bellato e Pereira (1996, p.123) afirmam que o poder, em qualquer uma das suas muitas manifestações, é enfrentado na vida cotidiana, de forma frontal, direta, através

...de astúcia, do jogo duplo, de abstenção e do silêncio. Em que aceita-se aparentemente o estabelecido, não lutando contra eles, ganha-se distância e, ao mesmo tempo que se zomba dos valores impostos, não se propõe valores para substituí-los.

A autora chama a isso de “**resistência passiva**”, e que se pode também considerar como sendo um modo de potência imposta aos distintos poderes, sejam eles instituídos ou não.

O campo, foi ratificando que a enfermagem, muitas vezes, deixa antever um cotidiano revestido de conteúdos esvaziados de significação para a própria enfermagem, para a instituição e, principalmente, para os pacientes em busca de cuidados efetivos e de qualidade por parte da enfermagem, conforme revela a fala da Enfermeira 5:

...o nosso dia-a-dia tem sido triste, tumultuado, cuja principal tarefa parece ser a de apagar incêndio, indistintamente, sempre das maneiras mais penosas e difíceis, muitas vezes sem conhecer as causas dos problemas, e pior, vamos apagando incêndios por onde passamos e vamos logo adiante acendendo outros incêndios. Nós, na realidade, temos administrado o caos, sem muita consistência e planejamento e por isso vamos intermediando os conflitos e providenciando as coisas para a instituição andar e os outros profissionais se beneficiarem. O nosso trabalho mesmo não aparece.

Administrar em enfermagem: uma ação ‘invisível’ no cotidiano hospitalar

Argumenta a Enfermeira 2:

Percebo que o trabalho do médico muitas vezes designa muitas das nossas condutas. A gente é que carrega o hospital. Penso que nós, na enfermagem, ainda somos muito assim, assistemáticos,

principalmente em relação ao cuidado e à pesquisa. Eu acho que a gente faz muito, mas não consegue registrar, mostrar bem o nosso trabalho. Talvez seja devido à rotina. Às vezes eu vejo que tem rotinas médicas que são construídas em cima de partes do nosso trabalho, mas, por sermos assistemáticos, o nosso trabalho fica sempre invisível, e isto não é bom para nós e nem para os pacientes. Estamos ainda muito distantes do que deveria ser o certo, do ideal do trabalho em equipe e da valorização do nosso trabalho.

Quando a Enfermeira 6 (re)produz as atividades gerenciais que realiza diariamente no hospital, ela revela um modo muito particular de ir fabricando o cotidiano produzido pela enfermagem, sendo que as principais atividades exercidas por essa categoria são realizadas entre um viver eternizado do dilema do cuidar e do administrar. Ao vivenciarem esses dilemas, as cenas apreendidas vão revelando um agir imbricado num cotidiano marcado por enfiamentos, corporativismos, conflitos, disputas, estresses e perda da identidade profissional. Nesse contexto, a tarefa se revelou como norma de uma prática profissional empobrecida pelas ações e discursos repetitivos, pela diversidade das culturas dos membros da equipe, pela pouca criatividade e, também, fragmentada pelo saber e pelo fazer dos diferentes profissionais de enfermagem. Além disso, é possível perceber a gradual perda da intervenção direta sobre o corpo adoecido dos pacientes, pelas ações produzidas no e pelo cuidado direto a esses pacientes, enquanto atos de solidariedade e da defesa da vida conforme já falamos.

A (des)construção da prática profissional, no olhar da Enfermeira 9, é mediatizada pela desqualificação, pela hierarquização, pelas disputas de poder e pelo empobrecimento do objeto de trabalho, uma vez que este é um dia-a-dia produzido e positivado pelo improvisado e pela insatisfação. Ela afirma:

...as minhas principais atividades estão concentradas no horário mais pesado do hospital, que é pela manhã, e começa pela passagem do plantão, que tem sido um dos nossos maiores problemas, pois simplesmente não temos mais passagem de plantão da forma 'certinha'. A partir daí, eu tenho que ir dando 'jeitinhos' para resolver os 'pepinos'. Eu tenho que fazer remanejamento de pessoal, devido principalmente às faltas de pessoal, tenho que dividir e delegar as tarefas, ler os prontuários e o livro de ocorrência da enfermagem para tomar as providências necessárias. Eu tenho muito pouco tempo para ter um contato mais direto com os

pacientes ou mesmo para planejar direitinho o meu trabalho, pois as atividades burocráticas [relacionadas a problemas de escala, ausências, atrasos dos funcionários e falta de material, tais como: roupas, medicamentos, equipamentos com defeito, pedidos de material, ofício, relatórios, comunicações] consomem quase todo o meu tempo. Eu supervisiono o trabalho dos funcionários, geralmente checando as tarefas que passei para eles. Eu acho muito difícil e ruim a comunicação entre nós, na enfermagem. Geralmente é uma comunicação truncada. Nós, enfermeiros, falamos uma coisa e parece que os funcionários entendem outra coisa. Eles sempre reclamam quando mandamos eles fazerem as coisas e, principalmente, quando precisam ser remanejados de setor para cobrir falta dos colegas. Além disso, fico sempre insegura, pois temos muitos funcionários despreparados; sem treinamento e capacitação profissional. Estamos desatualizados e não temos tempo de treinar todo mundo e nem de ser treinadas.

Para a Enfermeira 7, “...existe pouca eficiência e visibilidade no que é planejado”, apontando que: “...isso ocorre, porque o planejamento que fazemos não envolve as pessoas que vão realizar as tarefas”. Continuando, afirma:

...após a passagem de plantão e de passar as atividades para o meu pessoal, eu passo na Divisão de Enfermagem, para ler o relatório ou providenciar alguma coisa, passar para a chefe da divisão algum problema do setor e/ou tentar resolver problemas que geralmente são deixados pelo plantão que saiu. Quando estou na enfermaria, procuro ajudar o pessoal de enfermagem, mas é muito difícil eu prestar assistência integral aos pacientes, pois é só eu chegar na minha unidade que lá vem um pedir uma coisa, outro reclamar de alguma coisa que geralmente deveria ter sido feita e não foi feita, ou questionar a falta de alguma coisa. Eu fico muito estressada por não conseguir dar conta de tanta coisa. E ainda tem os docentes, os alunos e os residentes que parecem estar sempre precisando de alguma coisa e, ao mesmo tempo, fiscalizando ou desconfiando do que fazemos. Na realidade, eu gostaria mesmo é de não precisar me preocupar com toda esta burocracia. Eu gostaria de cuidar de verdade dos pacientes, eu gostaria de ser realmente enfermeira assistencial. Sempre que eu posso eu faço assistência, procuro cuidar dos pacientes mais graves, fazer os curativos mais complexos. Meu sonho é pôr em prática um plano de cuidados e prescrição de enfermagem, mas é difícil.

O empobrecimento do trabalho também tem se dado pelas formas de (re)produção, anos a fio, da mesmice, naquilo que tem sido declarado como sendo parte do problema, mas que, no dia-a-dia, não se renova, pois resiste-se à possibilidade de novas estratégias. Agregar o novo e visitar problemas, com prontidão para possíveis mudanças, tem sido uma das dificuldades à superação de tantas crises no setor da saúde, na qual a enfermagem está inserida e sofre do mesmo mal.

A fragilidade e mesmo a falta de atualização dos processos teórico-práticos que fundamentam e dão direção aos diferentes trabalhos em saúde têm se posto como um dos “entraves” à superação da crise de modelos por que passa o setor. Esse empobrecimento pôde-se constatar em diferentes trabalhos sobre esta temática, conforme apontam os textos de Merhy (1997), Ferraz (1996), Paim (1994) e Lima (1988). Na fala da enfermagem, esse empobrecimento tem se dado, em especial, pelas formas de reproduzir cotidianamente o trabalho nos lugares institucionais, onde administrar, no discurso da Enfermeira 6, está associado a ir fazendo as ações fundamentadas na “experiência de vida”, baseadas na lógica do erro e do acerto, ou seja,

...administrar o trabalho por nós, enfermeiras, é o mesmo que vem sendo reproduzido pela profissão desde os tempos de Florence, sendo aprendido na escola e se repetindo até hoje na base do erro e do acerto, sem muita crítica a respeito. Administramos no melhor estilo taylorista. Somos tarefeiros, disciplinadoras, estamos sempre utilizando como justificativa a falta de tempo, como explicação para não realizar as coisas, como, por exemplo, o cuidado aos pacientes. Oprimimos, os funcionários, muitas vezes os alunos, os pacientes, infelizmente, são neles muitas vezes, que descontamos nossas raivas e frustrações. Não conseguimos trabalhar nem com os nossos colegas enfermeiros professores. Estamos sempre achando que vão nos criticar. Nós não estamos abertos a aprender e a mudar. Não unimos forças, por isso que não vamos a lugar nenhum.

Perceber esse dia-a-dia institucional remete, de certa forma, à necessidade, também, de questionamentos acerca dos pactos institucionais acordados entre os sujeitos trabalhadores, sujeitos dirigentes, sujeitos docentes, sujeitos alunos, uma vez que o (des)compromisso com a assistência tem favorecido o (des)cuidado, a (des)responsabilização e a (des)assistência nas relações institucionais com os pacientes

Essas situações, descritas pela Enfermeira 1, ao refletir sobre o seu lugar institucional como enfermeira, faz parte de uma “paisagem” vivida cotidianamente nas instituições em que se acostumou a conviver com situações de erros e omissões que não são “privilégios” somente da instituição HUCAM e dos seus trabalhadores, mas da própria conjuntura de descaso e falta de prioridade na qual o setor (público) de saúde está inserido. Assim sendo, o conformismo com determinadas situações vai ganhando força, ou seja,

...de tanto se lidar na instituição com coisas erradas, os profissionais acabam incorporando isto como rotina, normas e limites institucionais, o que não deveria acontecer. As situações tidas como intercorrências tem sido tão freqüentes, que de tão banalizadas têm se tornado parte da cultura institucional, não causando mais espanto aos trabalhadores e até acredito nos pacientes que parecem já terem se acostumado a serem maltratados e desumanizados; parece que não temos força para reagir. Às vezes eu acho que perdemos o amor próprio, o respeito por nós mesmos, por isso acho difícil se respeitar os pacientes, os colegas, até porque essa sensação não acontece só com a gente na enfermagem. As pessoas, de forma geral, parecem que vão desanimando, desistindo, sei lá.

Para a Enfermeira 1,

...já não se sabe mais o que é ou não (a)normal na instituição, pois algumas questões de tanto se repetirem acabam se tornando rotineira, como o desrespeito generalizado; as faltas ao trabalho; as péssimas condições de trabalho; os desmandos pela falta de comando e, principalmente, a falta de respeito e atenção entre os trabalhadores e também na relação com os pacientes e com seus familiares.

Pudemos observar que as falas sobre este tema – a banalização das intercorrências ou das situações colocadas como problemas institucionais para fazer andar a vida na instituição – colocaram-se como um dos assuntos que mais mobilizou alguns grupos profissionais no HUCAM, pelo desconforto que algumas situações têm causado, por exemplo, os enfrentamentos entre os grupos da enfermagem e com a direção; os enfrentamentos com os usuários, em especial na emergência e ambulatório; a falta de posicionamento e alternativas institucionais sobre questões como o absentismo na

enfermagem e sobre os constantes atrasos dos funcionários (inclusive dos enfermeiros) para assumirem os plantões; as jornadas de trabalho conflitantes com a “nova” realidade dos duplos vínculos empregatícios, com conseqüências imediatas sobre os modos de se passar plantão e organizar o trabalho na instituição; a (des)responsabilização e insatisfação dos trabalhadores ao vivenciarem e enfrentarem muitos dos problemas na instituição. A maioria dessas situações tem sido associada “à falta de uma política de trabalho para todos os trabalhadores e mesmo de rumos da instituição frente ao atual contexto do setor público brasileiro, segundo a Enfermeira 4”.

Também foi identificada a necessidade de investimentos nos Recursos Humanos, de forma a se implementar ações que mudem essas lógicas, inclusive com programas pedagógicos de capacitação nos serviços, apontando mecanismos que causem impacto no modelo conservador e muitas vezes autoritário de supervisão na enfermagem. Ainda se pôde observar a falta de investimentos e de valorização da pessoa; a falta de metas (planos de trabalho) da Divisão de Enfermagem e a (in)decisão institucional sobre muitas dessas situações. Isso nos permitiu visualizar cenas que mostraram o quanto essas questões têm influenciado negativamente a assistência prestada aos pacientes, nas unidades de serviço, piorando o viver na instituição e propiciando, de certa forma, o acirramento dos conflitos.

Esse cenário levou a Enfermeira 3 a perceber o

...modo de fabricar o cotidiano, ao realizar as atividades consideradas de caráter administrativo como algo baseado no empirismo, sem metodologia e fundamentada no gerenciamento dos conflitos e nas disputas de poder e mesmo na resolução dos problemas mais imediatos, sem metas de futuro.

O cotidiano é um fazer sem ousar

As dificuldades de planejamento do trabalho na Divisão de Enfermagem ficaram evidenciadas diante das falas impotentes “do que fazer”, ao se concretizar o atendimento de uma das suas principais reivindicações e assim perder um dos seus álibis (para o não fazer) – a necessidade de contratação de pessoal mais bem qualificado para a enfermagem. Presenciamos a falta de potência do grupo ao se efetivar uma das mais frequentes solicitações da Divisão de Enfermagem. Nesse momento, esses protagonistas se depararam

com a ausência de um plano e/ou projeto de trabalho para o HUCAM e para a Divisão de Enfermagem. A angústia, manifestada por um segmento do grupo de enfermeiras, pela falta de metas de trabalho, se revelou, em particular, pela postura de impotência e a necessidade de responsabilizar o outro, a partir de diversas situações vivenciadas na sala da Divisão de Enfermagem. A apreensão na fala da Enfermeira 13 retrata, com fidedignidade, esse momento:

...a Divisão vivencia um momento institucional delicado, por diversas razões, que são em sua maioria, derivadas da relação conflituosa com a atual direção do HUCAM e pela falta de perspectivas profissionais/institucionais, dadas pela atual conjuntura do setor público, em particular o da saúde. O grupo sente-se cotidianamente desrespeitado pela direção, mas me incomoda, principalmente, a impotência e a falta de estratégias da própria Divisão de Enfermagem, para reagir e apresentar um plano alternativo de trabalho, principalmente para esse pessoal novo que está chegando, no sentido de contribuir para a (re)organização e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Este é nosso grande nó, conforme se pôde perceber no momento em que estão se inserindo na equipe de enfermagem cerca de 180 profissionais de nível médio e 25 enfermeiros concursados e nós aqui na Divisão não temos nenhum plano de trabalho concreto para apresentar a este pessoal e nem à instituição. Infelizmente, não sabemos o que pedir a esse pessoal que está chegando, com o propósito de melhorar realmente a assistência de enfermagem. Eles vão chegando e indo para as enfermarias, sem saber exatamente o que se espera deles. Na realidade, eles acabam reproduzindo o que temos feito com pouca eficiência e desmotivação, pois estamos na instituição já cansadas, estamos desanimadas. Sabe por que isto acontece? Porque não temos um modelo ideal a ser seguido aqui no HUCAM. Na realidade, não sabemos o que fazer ou o que deva ser feito com método e hoje eu admito que só pedir mais pessoal não adianta, pois as coisas não mudam.

As estruturas discursivas que foram se explicitando sobre a realidade das enfermeiras administrando corroboram com estilos de ação bastante ambíguos, já detectados por outros autores, como Ferraz (1996) e Lima (1988).

Essas ações têm sido intermediadas por atos autoritários e, ao mesmo tempo, despotencializados pela pouca força do grupo para apropriar-se de sua autonomia e de saberes para produzir e ousar o novo. Mostra-se preocupante a reprodução de um modelo

reconhecidamente dado como ineficiente, inadequado e insatisfatório não só para os profissionais, mas, principalmente, para as necessidades dos usuários que demandam esses serviços.

Autores como Silva Lima (1998), Ferraz (1996) e Lima (1988) apontam que a ineficiência da enfermagem tem como sustentação esse modelo controlador de tarefas e procedimentos, abrindo mão muitas vezes de ser produtora de uma concepção de trabalho mais interrogadora e integradora do ato de assistir em enfermagem.

A ação de administrar é também associada a estar cuidando de gente, portanto essa é uma ação importante na nossa prática, o que entendemos que por si só já justifica a necessidade de repensarmos essa prática, preferencialmente estando abertos às experiências e saberes interdisciplinares que possam se somar às experiências e saberes que vêm sendo produzidos pela enfermagem.

Assim, percebemos a importância de se ampliar a capacidade explicativa das enfermeiras administrando, como processo que não é dicotômico e cuja essência se produz no compartilhar e envolver as dimensões cuidadoras e do se relacionar, como processos entrelaçados e indissociáveis.

Nesse sentido é que apostamos que as inquietações e insatisfações com muitos aspectos dessa prática e da instituição se abrem com possibilidades para se reinventar esse cotidiano. Pois, assim como Lopes (1997, p.383), as possibilidades dadas a essas protagonistas para ousar em sua prática ocorrem pela

...trama das relações com que a enfermagem se confronta – sobretudo as enfermeiras (mais protegidas no campo das disputas pela posse do diploma universitário) – com a efetividade do seu saber (e não só com o seu fazer) tornando-as conscientes da singularidade da sua ação e da sua indisponibilidade.

Desse ponto de vista, conforme nos atesta a autora, as enfermeiras, em seu cotidiano, vão visualizando e produzindo as suas próprias lógicas, resistindo muitas vezes ao que está instituído, introduzindo questionamentos de várias ordens, inclusive da lógica embutida na racionalidade médica.

Pudemos observar que essas protagonistas têm suas próprias formas de (re)pensar suas ações, inclusive as de cunho administrativo, inclusas numa visão ampliada no trabalho coletivizado no setor de saúde.

É Chanlat, in: Vasconcelos (1997, p.119), quem nos afirma que a ação de administrar está intimamente relacionada aos processos de gestão institucional:

...o método de gestão compreende o estabelecimento das condições de trabalho, a organização do trabalho, a natureza das relações hierárquicas, o tipo de estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle dos resultados, as políticas em matéria de gestão do pessoal e os objetivos, os valores e a filosofia da gestão que o inspiram.

Para esse autor, o método administrativo é uma construção social. Assim sendo, ele pode também ser modificado se os atores envolvidos nesse processo, nesse caso as enfermeiras, assim desejarem; sem desconsiderar os vários fatores que interferem nesse processo.

Na concepção de Chanlat (1996, p.125),

...se partirmos da hipótese de que o ser humano é um ser responsável, criativo e dotado de uma certa dose de saber, arriscamo-nos a modificar substancialmente as maneiras de fazer.

Nesse sentido, o desafio está posto para a enfermagem, para ressignificar a organização do seu trabalho e as suas condições concretas de produzir momentos e estilos de ação.

3.3.2 A enfermeira cuidando

A enfermeira: um cuidador que “não” cuida

Acreditamos que a essência do trabalho da enfermagem se (re)dimensiona, em especial, pelo cuidado aos homens nos distintos momentos do ciclo vital. No trabalho em saúde, essas situações têm sido vivenciadas a partir das situações inerentes ao processo saúde-doença a que todos os indivíduos são submetidos. Isso tem a ver com a imagem que

os indivíduos possuem acerca da relação adoecer e ter saúde, o que, por si só já produz nuances na relação assistencial.

Para Lopes (1997, p.382),

A multiplicidade de fatores que determinam o adoecer e o ter saúde, limita a potência médico-terapêutica que se embasa apenas na doença, enquanto um distúrbio do corpo ou do psiquismo, fragmentando a globalidade do indivíduo e do sujeito social.

Autores como Lima (1998), Merhy (1997) e Lopes (1997) têm apontado que o ato cuidador se constitui por processos de cooperação, de interdependência, de solidariedade, de complementaridade e de autogovernos. Atos esses produzidos em locais intermediados entre as disputas de espaços, recortes interessados da realidade, capacidade de negociações e também pela capacidade de impor os interesses diversos dos diferentes protagonistas institucionais.

Lopes (1997, p.382) observa que a importância dos grupos profissionais e o reconhecimento de sua colaboração estão, nesse processo, relacionados “*estritamente ao prestígio e as aquisições construídas ao longo do tempo*”. Nesse sentido, para a autora, no vivenciar cotidiano, identifica-se que a enfermagem está menos armada para disputar “*os espaços de disputa e de consolidação do seu saber*”.

Os autores Lopes (1997) e Silva (1986) associam esse fato a questões do gênero, que estruturam a divisão não só sexual, mas também técnica nas relações de trabalho.

Como já falamos, alguns autores nos mostraram que, antes mesmo de Florence Nightingale, precursora da enfermagem, institucionalizar a prática profissional sistematizada do trabalho na enfermagem, as ações referentes ao ato de cuidar do enfermo ou de pessoas sadias, necessitando de cuidados, eram inerentes às situações que tinham como referência a relação pessoa-pessoa. Autores como Lima (1998), Jatoba et al. (1995), Waldow et al. (1995) e Collière (1989) têm se preocupado com as questões referentes ao cuidado de enfermagem, apontando que tem sido consenso, entre os estudiosos dessa temática, que o ato de cuidar inclui e exige envolvimento e comprometimento pessoal, afetivo, social, ético, moral e espiritual. Para Jatoba (1995, p.95),

...o ato de cuidar inclui valores, desejos e compromissos com o cuidado e o conhecimento [...]. O ato de cuidar do outro requer dimensões tão amplas e abrangentes que contemplam questões humanísticas, sociais, éticas, culturais, biológicas e espirituais, determinando no processo de ajuda mútua e do saber interdisciplinar, o crescimento e o desenvolvimento entre o cuidador e o ser cuidado.

Para essa autora, o cuidado se dá em várias instâncias e lugares, tendo significados diferentes para os indivíduos. Verificamos que o ato de cuidar na enfermagem está associado, especificamente, ao cuidado de enfermagem, prestados em instituições formais, tais como, os hospitais, as unidades de saúde, os ambulatórios, ou mesmo no domicílio, a partir da intervenção de profissionais habilitados e “autorizados” por atributos próprios da profissão e socialmente aceitos e reconhecidos para manipular os corpos dos indivíduos, em especial nas situações de adoecimento no hospital.

Dentre os profissionais que exercem atividades nos espaços institucionais do setor de saúde, a enfermagem é a única das profissões que cuida ou assiste, uma vez que, segundo Miranda (1991, p.28), “...a atividade da enfermagem não pode ser caracterizada como visita (visita médica, do psicólogo...), pois sua prática é contínua nas 24 horas”.

Krizinofski, in: Miranda (1991, p.23), identifica que, devido a esse caráter de continuidade, a enfermagem, enquanto profissão, é

...a única profissão assistencial que tem a permissão da sociedade para tocar o corpo do homem e fazer cuidados físicos íntimos, como por exemplo, a higiene corporal. Isso está alicerçado em suas normas culturais: a função da limpeza, que antecede a preocupação com as necessidades sociais, culturais e interpessoais.

Essa “autorização social” para manusear os corpos dos indivíduos faculta, segundo a autora, a esses profissionais um “poder incontestável” e mesmo uma autonomia profissional que ainda não foi completamente percebida pela categoria.

A ação do cuidado foi explicitada por nós, também pelos atos profissionais que têm como mote a defesa da vida dos usuários dos serviços de saúde, a solidariedade, o respeito e o compromisso com o outro num momento tão frágil da existência humana que é o adoecer e ser hospitalizado, passando o indivíduo a viver a condição de paciente, cujo

significado tem sido para percebê-lo como aquele que é passivo e muitas vezes incapaz de se autocuidar.

Segundo Miranda (1991), o indivíduo adoecido é visto pela lógica institucional e dos seus profissionais, como alguém que “*deve ficar deitado na cama, com roupas de dormir – camisola ou pijama – para facilitar a qualquer momento, a manipulação dos corpos pelos profissionais de saúde*”.

O cuidador que vislumbramos e que fomos revelando neste texto não toma o indivíduo como um ser passivo diante de práticas e saberes herméticos e muitas vezes assustadores e incompreensíveis para o indivíduo que se “submete” aos saberes, procedimentos técnicos e aos diversos fazeres dos profissionais de saúde e às lógicas institucionais que lhes dão sustentação. Esse cuidador toma como central, para a sua ação político-institucional, estilos de agir que incorporam e se relacionam solidariamente e em complementaridade com as necessidades de saúde que os indivíduos, portadores de doenças apresentam, independente do seu nível cultural e sócio-econômico.

Embora essa seja a compreensão que gostaríamos de apreender, nem sempre isso foi possível, quando a enfermagem cuidando emergiu das estruturas discursivas apreendidas nos protagonismos efetuados pela enfermagem no HUCAM e na fala dos “outros” agentes institucionais. Percebemos que os discursos dos protagonistas eram dicotomizados e se misturaram, se confundiram e se complementaram nas significações dadas, quando das revelações captadas da enfermagem administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais. Captamos que a fala sobre o cuidado e sobre o cuidador é uma fala construída em cima de hipóteses e intenções do que deveria ser e do que está ausente, conforme veremos a seguir.

A enfermeira: uma cuidadora em questionamento

Ao percorrermos os lugares onde as enfermeiras se instituem no hospital, protagonizando papéis de cuidadoras, fomos percebendo sentimentos ambíguos, e mesmo antagônicos, em relação a essa ação no viver cotidiano da enfermagem. As imagens sobre a enfermagem cuidando destacam as enfermeiras como um “ser” em busca de tornar real o seu discurso idealizado, no papel de cuidadoras, projetado por meio do fazer e do produzir

o cuidado, enquanto restrito à intervenção sobre o corpo adoecido e à sua auto-realização profissional, conforme se verificou na fala da Enfermeira 12.

Embora a maioria das atividades que eu faça estejam relacionadas à burocracia (fazer escala, remanejamentos, controlar pessoal e material [...]), na realidade, eu me sinto realizada e tenho prazer quando estou prestando assistência direta aos pacientes, e quando eu falo isto, estou falando na possibilidade de cuidar das pessoas, de gente que precisa de mim como enfermeira, como, por exemplo, ao ouvir com atenção muitas vezes as angústias e dúvidas dos pacientes, ao fazer curativos bem feitos ou simplesmente ao tocar no paciente. Eu acho que este é que deveria ser nosso trabalho, é por aí que seremos reconhecidos.

A maioria das falas sobre o “cuidar” tem sido produzidas sobre um discurso idealizado da falta de, ou seja, do que não se realizou e está, sempre, imaginariamente por vir. Verificamos que a fala e a ação do cuidado são predominantemente técnicas, sustentadas por procedimentos e muito pouco no tocar o outro, interagir e compartilhar esse momento singular das ações que se produzem entre o sujeito do cuidado e o sujeito cuidador. A fala do cuidado, apreendida em campo, mostrou-se como desejante e dificilmente foi representada como parte do real e do concreto vivido. Foi significada como algo ausente do que é real. Essa ausência, muitas vezes, tem a ver, dentre outras situações, com a procura de explicações e justificativas para o (des)cuidado e para a negação do objeto.

No olhar de Miranda (1991), o atendimento às necessidades assistenciais pelos enfermeiros no espaço hospitalar se realiza de forma imediatista, ou seja, “*a necessidade imperiosa é imediatista; a produção de efeitos se dá a curto prazo*”. A lógica tem sido a do atender à rotina: se o paciente está sujo, limpa-se, dando-lhe banho, trocando curativo; se está com dor, dá-lhe um analgésico e assim por diante.

Na ação do modo de cuidar, pudemos verificar que a relação pessoa-pessoa, olho-a-olho é muitas vezes suprimida do cuidado. A esse respeito, Miranda (1991, p.26) nos adverte sobre o “*poder do olhar nas relações interpessoais*”. Para essa autora, “quando se olha alguém de frente (olhos nos olhos), cria-se a oportunidade do encontro que se substancia no conhecimento do outro, pelo outro e vice-versa”.

Via de regra, as explicações sobre o modo de cuidar têm estado deslocadas das justificativas para as ações realizadas a partir da administração da assistência. As explicações e os resultados obtidos neste estudo foram se manifestando como ambigüidades, tanto epistemológicas quanto políticas e, de certa forma, expressaram muitas das fragmentações e contradições forjadas na própria enfermagem e nas suas freqüentes crises de identidade profissional. É bom que o leitor reconheça que as mesmas (as crises) não devam e nem possam ser vistas e analisadas, apenas circunscritas às questões internas a esta profissão. Até porque a prática da enfermagem determina e é ao mesmo tempo determinada por muitas lógicas institucionais, inclusive aquelas que têm dado sustentação às políticas sociais, neste caso, as de saúde e aos modelos técnico-assistenciais a ela ligados.

Ao se buscar compreender essas lógicas, percebemos, assim como Miranda (1991), que as regras emanadas dos espaços do cuidado, dadas pela organização do trabalho do hospital moderno, transformam esses espaços em instituições construídas para, em primeira instância, atender às necessidades administrativas que viabilizam o trabalho dos diferentes profissionais e os modos de fragmentar e dividir os procedimentos aí realizados.

Neles, o processo de divisão social do trabalho na enfermagem confere aos enfermeiros, dentre tantos papéis, o de intelectuais responsáveis pelo saber, pela organização, pela coordenação e pela supervisão (atividades típicas do gerenciar/administrar), do processo de trabalho. Esse papel permitiu ao enfermeiro ter o poder de designar, para o pessoal auxiliar, aquelas tarefas consideradas como mais relacionadas a procedimentos manuais – o cuidado direto ao paciente. Essas são atividades, em geral, vistas como socialmente menos importantes, principalmente se analisadas do ponto de vista do intelecto e mesmo da possibilidade social e econômica de conferir poder e prestígio, estando nelas implícitas as ações do fazer, enquanto atividades vistas muitas vezes como menores. Trabalhos como os de Almeida (1986) e de Lima (1988) mostram o quanto o conhecimento, enquanto saber profissional, tem sido dissociado do ato do “fazer” na enfermagem, sendo parte da produção da fragmentação desses processos. Para Waldow (1995, p.7), a crise de fragmentação vivida em nossa sociedade tem trazido como consequência a chamada

...fantasia da separatividade, que conduz a sentimentos e emoções destrutivos da harmonia e da ecologia interna e externa [...]. A fragmentação se inicia no plano mental e culmina no paraíso perdido, ou seja, na busca do prazer, felicidade, que resulta na destruição da paz interior, interpessoal e social.

Para Borsoi, in: Codo (1995, p.141), a fragmentação de determinado conjunto de cuidados na enfermagem se dá especializando segmentos de trabalhadores em executores de funções específicas,

...introduz elementos contraditórios na relação do cuidado ao paciente. Por um lado, a prestação de cuidados exige expressão de afeto, na medida que na relação constante com o paciente, lida-se com a sua dor, sua dependência e sua intimidade. Por outro lado, esse cuidado é mediado por pelos menos três fatos complicantes e inter-relacionados: o salário, fonte de sobrevivência do trabalhador, o fantasma da perda do paciente, seja por alta-cura, seja por alta-óbito e a obrigação de se postar frente ao paciente sempre como profissional, não lhe sendo permitido expressar preferências ou recusas, atração ou repulsão, por esse ou a qualquer paciente.

A questão do afastamento do enfermeiro do cuidado direto ao paciente, em favor do privilegiamento das atividades administrativas, pode, também, ser vislumbrada do ponto de vista do poder e do gênero, conforme destacado por Silva (1986) e Bussinger (1990). Ou seja, a ação de administrar tem socialmente sido determinada como um atributo de decisão que pressupõe o controle, estando associada a papéis masculinos, que trazem em seu bojo poder, prestígio, comando e *status*.

Em contrapartida, conforme visto em vários autores, como Jatoba (1995), Pereira & Bellato (1995), Collière (1989), o ato de cuidar tem sido historicamente associado ao papel feminino e, nesse sentido, associado ao trabalho feminino, no qual a enfermagem se inclui. O ato de cuidar, segundo essas autoras, tem sido, socialmente, determinado como de menor valor e importância. Isso leva a supor que as enfermeiras, no concreto da sua prática (que é a administração do processo de trabalho), estão buscando (equivocadamente ou não), pelos processos inerentes ao ato de administrar/gerenciar, o seu espaço de reconhecimento profissional, o que, de certa forma, as leva a abrir mão de ter ou transformar, também, o

cuidado na prática do dia-a-dia, como uma estratégia de auto-reconhecimento, interdependência e valorização profissional.

Potencializando a ação cuidadora

Constatamos, no hospital, pela ação das enfermeiras, no dia-a-dia do HUCAM, que as cenas sobre o cuidado tiveram a ver com os lugares institucionais, demarcados por ações que nos conduziram em direção ao cuidado de enfermagem, junto ao leito do paciente. Esses procedimentos foram realizados, principalmente, nas unidades (áreas) de atuação consideradas como enfermarias, nas áreas “fechadas ou restritas” e nos setores das especialidades. Nesses lugares, o ato de cuidar esteve associado aos procedimentos que manipularam e tocaram os corpos adoecidos e fragilizados por diferentes patologias. O cuidar, pelas enfermeiras e pela enfermagem, em geral, se constituiu, nesses lugares, em procedimentos técnicos relacionados ao alívio das dores, como medicamentos, curativos, tapotagem, mas, principalmente a partir dos cuidados realizados por meio de atividades associadas à higienização, sinais vitais, à orientação de alta e admissão e, também, ao manuseio de equipamentos para viabilizar o cuidado, usando-se aparelhos, como respiradores, termômetros, aparelho de pressão, etc.

Muitas das falas expressas pelos distintos protagonistas institucionais, sobre o cuidado, estavam inter-relacionadas com as imagens, que refletiram juízos de valores sobre o trabalho da enfermagem, em particular quando essas ações foram associadas a processos administrativos realizados pelas enfermeiras. Essas atividades foram reveladas como algo que *“atrapalha e desvia a enfermeira da prestação do cuidado”*. As ações administrativas (contraditoriamente ao peso que têm na prática real) foram reveladas, na fala das cuidadoras e dos outros protagonistas institucionais, como algo negativo no discurso e no fazer cotidiano. Essa prática, muitas vezes, foi vista como *“alguma coisa que corrompe”*, por afastar as enfermeiras do contato direto na relação pessoa/pessoa com os pacientes e mesmo com a equipe. Nesse sentido, segundo a Enfermeira 9, a administração se apresentou como algo a ser abandonado para se privilegiar o cuidado direto, uma vez que a atividade de administrar não deveria ser realizada pelas enfermeiras e nem incorporada como próprio, privativo e parte dos processos de produção do trabalho da enfermagem.

A percepção da Auxiliar 4 sobre as enfermeiras cuidando é de fuga das enfermeiras dessas atividades, ou seja, é de um cuidador que não cuida, mas que, prioritariamente, delega as tarefas a outrem:

...as enfermeiras, dificilmente estão presentes nos setores quando nós precisamos delas. É difícil encontrar elas quando precisamos de ajuda ou de orientação. Às vezes, nós perguntamos, tiramos alguma dúvida com os médicos ou residentes, pois nem sempre a chefe está por perto. Parece que elas têm medo ou não gostam de ficar no setor e lidar com os doentes e os funcionários. São poucas as enfermeiras que eu vejo cuidando mesmo dos doentes. Estas mais novas andam pra cima e pra baixo.

A forma de as enfermeiras cuidar, para a Auxiliar 2, é de alguém que providencia coisas e sem essas providências o setor não anda:

...eu vejo as enfermeiras-chefes como pessoas que cuidam das coisas, para que possamos realizar o nosso trabalho. Esse apoio eu vejo como muito importante, são para elas que nos dirigimos quando precisamos de alguma coisa.

Para o pessoal auxiliar a enfermeira é também uma espécie de porta-voz da equipe, conforme identificou a Auxiliar 1:

São as enfermeiras que percebem e lutam pelas coisas da enfermagem. Se falta alguma coisa, quebra um aparelho, elas é que providenciam. Se temos alguma coisa para reclamar com a chefe da divisão, direção, são as nossas chefes que falam.

Para a Auxiliar 3,

...tem muita enfermeira ruim, mas tem muitas que são do trabalho, nos ajudam, estão sempre disponíveis para nos orientar. Mas têm as que só querem mandar também. Eu não tenho problema com elas, o que eu não aceito, eu falo na cara, não fico fazendo disse-me-disse.

A importância da prestação do “cuidado”, vista pela enfermeira no setor X, foi mostrada pela Enfermeira 12, contrapondo o cuidado à administração:

...sou enfermeira do setor X e, no dia-a-dia, eu infelizmente acabo fazendo de tudo. Eu faço escala, vejo troca de pessoal, eu vejo atestado, encaminho material, eu vejo equipamentos, organizo o setor, ouço reclamações dos médicos, funcionários, familiares. Eu acho que isto não é serviço para as enfermeiras e, no fundo, nem administração. No meu setor, além disso, eu tenho que fazer assistência, eu tenho que cuidar mesmo do paciente, trabalhar junto com os funcionários, ou seja, tenho que colocar a mão nos doentes. Aqui, você é um faz tudo. A enfermeira, numa unidade mais complexa, pelas próprias especificidades do setor e da situação de risco dos pacientes, tem que saber cuidar e organizar o setor, e ao mesmo tempo tocar vários instrumentos ao mesmo tempo, o que eu penso não ocorra em outros setores, onde as enfermeiras fazem mais as atividades administrativas. Elas são mais supervisoras, pois não lidam a todo instante com pacientes tão graves. Aqui você trabalha muitas vezes no limite do stress, é muito estressante, mas eu prefiro, acho mais gratificante prestar o cuidado direto ao paciente do que ficar ocupada nas tarefas burocráticas.

Constatamos, sobre a ação do cuidar das enfermeiras, o quanto essa ação tem se transformado num dilema para essas profissionais.

Observamos que o dilema pelo não cuidar se produz com base na constatação do que Norinha (1998, p.28) identificou como a “*necessidade das enfermeiras deixar de agir rotineiramente e impessoalmente*”.

Ao refletir sobre o cuidado, essa autora observou que muitas vezes as enfermeiras parecem ter esquecido como o nosso agir “*toca a dignidade, a liberdade do outro*”.

Para a autora, temos sido contaminados pela rotina do dia-a-dia, o que também pudemos constatar em campo. Autores como Lima (1998) e Norinha (1998) consideram que o “*agir cotidiano das enfermeiras de forma geral, tem-se dado, escondendo-se por detrás do alibi da rotina, da falta de tempo e de autonomia*”.

Concordamos com Norinha (1998), quando afirma que perdemos a essência da profissão, que é cuidar, mas não cuidar tarefeiramente; perdemos a dimensão do cuidar, tendo como referência o respeito por nós mesmos e pelo outro, a empatia, o comunicar, a relação de ajuda e de solidariedade, perdendo-se muitas vezes a dimensão humanizada que é insubstituível e intransferível na relação pessoa-pessoa.

Para Norinha (1998, p.28), “...na maioria das situações temos deixado de ser enfermeiros e passamos a ser técnicos que prestam tratamentos eficazes, mas nenhum cuidado, servimos o corpo, mas negligenciamos a pessoa”.

Essas situações trazem, para a nossa prática, ocorrências que Norinha (1998, p.28) nomeia como causadoras de “sentimentos de insatisfação [frustração]; em que as pessoas são tratadas ao invés de cuidadas e o não reconhecimento da nossa especificidade por parte da sociedade”.

Constatamos, sobre a enfermeira cuidando, muitos álibis para justificar o não cuidado. Certamente, o álibi da falta de tempo e da falta de autonomia foram os mais presentes – verificamos que o cuidar pelas enfermeiras se mostrou quase que como uma concessão feita ao doente, como demonstrou a Enfermeira 13: “Às vezes estou superocupada, mas olho para o paciente e vejo como ele necessita de uma assistência mais bem feita, aí eu vou lá e pelo menos converso, procuro tocar nele”.

Assim, a ação de tocar, interagir com o paciente, foi uma concessão profissional, a ser “conquistada” pelos pacientes, realizada geralmente de forma impessoal, sendo tarefa muitas vezes unilateral do profissional para o doente.

A esse respeito, Miranda (1991, p.26) adverte que o ato de tocar, na enfermagem, tem sido destituído do

...caminho da energia, da solidariedade, e não abre espaço para a cumplicidade entre duas pessoas, possivelmente por parte da enfermagem isso tenha a ver com o medo da perda do controle. O toque socialmente aceito é portanto o toque da neutralidade, da impessoalidade, uma vez que as emoções não podem deixar aflorar.

3.3.3 A enfermeira se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais

As relações que se instituem nos espaços do hospital: o estar com o outro no cotidiano das relações institucionais

Os cenários da enfermagem se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais foram apreendidos a partir das relações cotidianas estabelecidas entre diferentes protagonistas institucionais. Nessas relações, chamou-nos à atenção o relacionamento das enfermeiras com os demais membros da equipe de enfermagem e com

os pacientes. Constatamos que as relações institucionais entre os trabalhadores (não só da enfermagem) são, em sua essência, conflituosas, de muita indiferença e mesmo desrespeitosa. Têm sido relações em que o outro poucas vezes é tratado com igualdade, respeito, afeto e solidariedade. Cotidianamente, as relações entre os diferentes membros da “equipe” de saúde têm sido marcadas pelo (des)considerar o outro, enquanto parceiros e aliados, sendo muitas vezes caracterizadas pela fala que se revela a partir do “silêncio”.

A equipe de saúde, e a enfermagem em particular, se notabilizou por relações permeadas por posturas hierarquizadas e autoritárias. As ações de enfermagem emergiram de uma realidade produzida num clima organizacional de conflito e de desconfiança, que foi se desenvolvendo em vários ambientes de trabalho hostis e mesmo de pouca comunicação e cooperação entre os trabalhadores, os dirigentes, os docentes, os alunos e até na relação com a equipe e da equipe com os pacientes e seus familiares.

A própria conformação da equipe de enfermagem, constituída por trabalhadores com formações e culturas tão diferenciadas e inserções sociais tão distintas, tem contribuído para “fortalecer” os laços de indiferença, desconfiança e desigualdade entre os profissionais. A divisão de trabalho e das tarefas, da qual o setor da saúde e a enfermagem, em especial, não estão livres, tem favorecido as diferentes disputas, em que o esforço pela defesa corporativa dá o tom, em particular, quando os cenários revelam lugares, cujos filmes captam o quanto o exercício da tolerância com o (des)compromisso e com o (des)cuidado vem ganhando renovadas e surpreendentes dimensões e adeptos nos lugares institucionais dos hospitais públicos.

Pudemos perceber que as relações estabelecidas apontaram situações que permitiram apreender como se produziu, no espaço conflitivo do hospital, modos particulares dos processos corporativos, cotidianamente produzidos pelas diferentes categorias profissionais no que de pior, mais empobrecedor e mediocre existe no modelo médico-hegemônico, que historicamente tem tido profundas influências ao determinar modos de se organizar as práticas de saúde, nos distintos lugares onde se realizam a assistência à saúde.

Observando como vão se (des)construindo as relações produzidas pelas enfermeiras no HUCAM, percebeu-se o empobrecimento das relações face a face, pelo próprio afastamento do enfermeiro da equipe e não só das ações do cuidado direto ao paciente.

Essas situações foram dadas, em particular, quando as enfermeiras apoiaram-se em tarefas que nomeavam como administrativo-burocráticas, mas também na relação da indiferença do pessoal auxiliar com os pacientes, conforme presenciemos em uma das unidades clínicas, ao estar acompanhando estágio curricular na instituição: a Auxiliar 2, realizando um procedimento de higiene em determinado paciente, ao estar ao lado do mesmo por cerca de quinze minutos, manteve-se calada, silenciosa, sem sequer olhar diretamente para o paciente. Ao dirigir-se a ele, após longo silêncio e suspiro, restringiu-se a dizer: “*Vira mais, pois assim não consigo limpar isso direito*”, referindo-se a uma lesão localizada na região posterior do quadril e o paciente, já se encontrando numa posição bastante desconfortável e mesmo amedrontado, se manteve também silencioso. Nesse sentido, percebemos o quanto as enfermeiras/enfermagem vão abrindo mão, também, da relação pessoa/pessoa, principalmente na relação com a equipe e com os pacientes.

Apoiando-se nas ações de controle para relacionarem-se com a equipe de enfermagem, na realidade, as enfermeiras deixaram revelar a busca pelo poder, muitas vezes “invisível” para a própria categoria. A disputa, busca do poder, tem sido muitas vezes produzida por intermédio de barganhas corporativas para ter os mesmos direitos daqueles profissionais, que muitas vezes têm servido de espelho aos demais trabalhadores de saúde – os médicos – como (des)cumprir a carga horária e ter autonomia, enquanto um atributo destituído de deveres, assim como o gradual afastamento das relações humanizadas nas intervenções diretas com os pacientes, seus familiares, os colegas e o esvaziamento na comunicação com o outro.

No dia-a-dia institucional do trabalho da enfermagem, o que se pôde perceber é que a lógica que tem permeado as relações da enfermagem com a equipe, ao se tomar como foco a relação de interdependência e complementaridade que deveria guiar essa prática, se apresentou como ausência de coisas (de autonomia, de reconhecimento, de direitos, de privilégios, de comunicação e de compromisso), ou mesmo como disputa de poder, enquanto capacidade de barganha. Raramente, o poder “buscado” foi vislumbrado como algo com potência para produzir coisas em benefício dos pacientes e mesmo da instituição e do coletivo das equipes e das práticas de saúde e, nesse sentido, propor mudanças institucionais. Na realidade, as relações mostraram-se muito internalizadas, artificiais e impessoais.

Dessa forma, percebeu-se que os profissionais de enfermagem e, em particular, as enfermeiras, contribuem, no dia-a-dia, com os seus estilos de agir institucional para que as relações ocorram sustentadas em mecanismos em que não só as relações interpessoais, mas todo o processo de trabalho e do espaço de trabalho da enfermagem sejam diariamente “tensionados”, tendo como consequência imediata a produção de espaços de trabalho conflitivos/fechados e mesmo produzidos pela impessoalidade das relações entre os diferentes agentes institucionais. Essas formas de agir, na realidade, têm sido também favorecedoras não só do (des)cuidado aos pacientes, mas servido fortemente para a piora da qualidade de vida no e pela produção do trabalho, em particular, pela falta de harmonia e prazer com o trabalho, tornando esse ato muitas vezes motivo de sofrimento e de adoecimento para o próprio trabalhador, conforme relata a Enfermeira 6:

...depois que comecei a trabalhar na enfermagem eu passo tanto stress que já estou hipertensa. Às vezes penso que vou ficar realmente doente. Já tive até problema de coluna, travei. Parece que não, mas trabalhar em hospital, e não só no HUCAM, acaba com qualquer um. Aqui os problemas com os funcionários parecem que são mais freqüentes, sem contar a própria situação do sistema de saúde, que é péssimo.

Para Borsoi, in: Codo (1995, p. 151), a enfermagem,

...diante da tensão frente às contradições inevitáveis [...] vive uma espécie de fragilização ou de falência do corpo que pode assumir a forma de 'adoecimento', pelo conflito entre a necessidade e a impossibilidade de vínculos afetivos, sejam eles positivos ou negativos.

Um cotidiano favorecedor do agir desumanizado.

A enfermeira, ao se relacionar com a equipe de enfermagem, pessoal auxiliar, pela delegação de tarefas, de certa forma, tem contribuído para negar o objeto idealizado pelo seu discurso – a intervenção no cuidado direto sobre o paciente e a administração como parte desse processo. Nesse sentido, a enfermeira vai também (re)produzindo o (des)cuidado, na medida em que ela “manda” no pessoal auxiliar, inclusive delegando-lhes

tarefas que reconhece, segundo a Enfermeira 7, como realizadas por *“pessoas nem sempre qualificadas do ponto de vista profissional”*.

Essa constatação nos levou a inferir sobre a fragilidade com que estes profissionais (pessoal auxiliar) cuidam, não tendo parâmetros do que seja cuidar com qualidade, eficiência e “sem” riscos, pela própria dificuldade para avaliarem os procedimentos que realizam, uma vez que são “despreparados” profissionalmente para tal, não detendo, na visão dos enfermeiros e mesmo dos dirigentes, vários requisitos que os tornem capazes de avaliar com propriedade e segurança determinados procedimentos que realizam do ponto de vista, da (in)capacidade profissional. Essa forma de as enfermeiras se relacionarem, em princípio, com o pessoal auxiliar tem sido produtora de um poder que se constrói e alimenta a partir da positivação de coisas, como o não cuidado de enfermagem pelas enfermeiras; a falta de compartilhamento das ações; a delegação de tarefas a quem o próprio enfermeiro reconheceu como muitas vezes inadequado (profissionalmente) para dar conta de determinados procedimentos; o (des)considerar o saber construído no fazer cotidiano do pessoal auxiliar; a resistência do pessoal auxiliar para “aceitar” as enfermeiras como aliadas e parceiras no jogo institucional do produzir as ações de enfermagem.

De certa forma, assim agindo, contrariamente ao que tem sido o discurso das enfermeiras de *“que não têm poder, nem autonomia para enfrentar determinadas situações”*, as relações de controle e hierarquia, enquanto parcialidades que contribuem para organizar o trabalho da enfermagem na sua cotidianidade, propiciam que as enfermeiras (re)produzam poder e autonomia, não só na relação das enfermeiras com o pessoal auxiliar, mas também nas relações de (des)assistência aos pacientes. Assim agindo, os profissionais acumulam poder para, inclusive, produzir o enfraquecimento de uma prática profissional fundamentada, em tese, no cuidado e no trabalho em equipe. Segundo a Auxiliar 4 *“...as enfermeiras são as chefes, por isso eu acho que elas são muito distantes, eu acho difícil, às vezes, discutir, trocar idéias com elas”*.

A forma de se relacionar entre os diferentes protagonistas institucionais mostrou algumas cenas captadas pela falta de acolhimento ao paciente; mas também tivemos oportunidade de presenciar muitas cenas de envolvimento e solidariedade com os pacientes e, posteriormente, conforme apreendemos na ação da Auxiliar 4, agradecendo um elogio do residente sobre o procedimento realizado. A funcionária agradeceu e afirmou:

...estou aqui para servir, ajudar da melhor maneira que eu possa contribuir com a instituição e principalmente para o bem-estar do paciente e para a minha satisfação como pessoa e como profissional.

As ações de impessoalidade percebemos em particular nas relações entre os próprios funcionários e foram de muita indiferença, conforme foi relatado sobre a “recepção” recebida na Divisão pela Enfermeira 10 e, que apresentamos a seguir:

Funcionária da recepção: Ei, você aí, não pode entrar aí não, é a sala das chefes. Quem é você? A enfermeira responde: Eu sou a enfermeira X, e estou aqui há três meses. Funcionária: Nunca vi mais gorda.

As relações da Divisão de Enfermagem (enfermeiras) do HUCAM com os enfermeiros docentes não se apresentaram como uma relação tranqüila. Na realidade, essas têm sido relações marcadas por mútuas confrontações, de muitas mágoas, muitas delas produzidas e não superadas, ainda no processo de formação dessas enfermeiras, e que foram se (re)produzindo nos espaços de trabalho, onde, segundo a Enfermeira 5,

...nos sentimos muitas vezes desrespeitadas pelas críticas e com o pouco caso que, via de regra, os docentes demonstram em relação ao nosso trabalho. Poucos são os enfermeiros - docentes que querem realmente assumir com a gente o hospital e os problemas da enfermagem; são poucos os professores que chegam junto.

Para o Docente 3,

...as enfermeiras não aceitam críticas e não estão abertas a novas contribuições. Elas não entendem que o nosso papel no hospital é diferente, somos professores, e, além dessas atividades, (estágio) temos outros compromissos na escola.

Na opinião do Docente 1,

...a grande dificuldade é que a maioria das enfermeiras é ex-aluna e muitas vezes isso se torna um problema, pois até nós, às vezes, esquecemos isso e as tratamos como alunas. É difícil.

O Docente 4 acredita que as relações são muito difíceis porque

...os funcionários e mesmo as enfermeiras não absorvem que isso aqui é um hospital-escola e tem que ter aluno e professor. Tem colega que não gosta de aluno, principalmente os de graduação em enfermagem. Os alunos se sentem discriminados pelas próprias enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem. Veja como tratam os alunos de medicina e os nossos: olha só, você sabe disso.

A visão do Docente 4, que também é compartilhada por outros agentes institucionais, é a de que

...o ensino da graduação de enfermagem é descolado da prática, dos serviços, é fragmentado e, na maioria das vezes, dissociado da realidade cotidiana dos serviços. Temos chegado nos serviços, usado o que nos é conveniente e ignoramos muitas vezes o pessoal que já está lá. Não temos o hábito de integrar, fazer junto e somar com o pessoal de serviço. Só sabemos falar que os serviços estão péssimos, mas pergunto: qual tem sido nossa contribuição? Antigamente estávamos mais presentes aqui, agora cada vez eu vejo a escola e a Divisão mais afastados e isso não é bom para nenhuma das partes.

Nesse sentido, o Docente 1 considera que

...a prática docente tem sido contraditória. Os alunos têm sido formados fora da realidade, num mundo de fantasia. Eu vejo que não basta mudar o currículo, se nós que vamos colocá-lo em prática, não mudamos nossa cabeça e muito menos queremos mudar nossa postura e a forma de ensinar e de formar os profissionais, até porque cada vez parece que os alunos estão exigindo menos e nós, docentes, cada vez estamos menos motivados com a universidade.

As dificuldades para se relacionar com os docentes foram reproduzidas também nos comentários, tanto da Divisão, quanto da direção, sobre o afastamento e a desvinculação dos docentes em geral (medicina e enfermagem) do hospital. Para o grupo da Divisão de

Enfermagem, os docentes do Departamento de Enfermagem, em particular, são percebidos na instituição como “turistas acidentais”. Segundo a Enfermeira 12,

Nós vemos os professores do Departamento como meros visitantes, em alguns dias dos períodos que têm aula, nunca em outros períodos. Eles não conhecem e parece que não querem conhecer a dinâmica do hospital e pouco colaboram com a Divisão. As contribuições têm sido mais a nível pessoal, por amizade. Assim como nós, o Departamento também parece não ter metas. Na realidade os nossos interesses tem sido muitas vezes antagônicos, sob o que se quer da enfermagem. Este foi um dos motivos por que não queríamos um professor na Direção de Apoio Técnico Assistencial (DATA) e sim uma enfermeira da Divisão.

As dificuldades captadas nas formas de se relacionar entre os membros da equipe de enfermagem têm se constituído, permanentemente, em perda das possibilidades da produção de uma comunicação efetiva entre esses sujeitos; da perda da produção de projetos técnico-assistenciais compartilhados e, mesmo, tem tido impactos negativos sobre vários processos, entre eles os pedagógicos, que deveriam ser efetivados no próprio espaço de trabalho, (im)possibilitando novas dimensões do trabalho no setor saúde, e na enfermagem, em particular, que foi inclusive por onde apreendemos o trabalho das enfermeiras. A perda de tantas dimensões tão ricas e que deveriam estar moldando o trabalho na enfermagem, além de esvaziar os espaços das relações pedagógicas, a partir de processos participativos de ensino-aprendizagem, contribui, também, para o esvaziamento das relações coletivizadas nas equipes de saúde, no ensino e no trabalho em e para a saúde.

Assim, a apreensão do que fizemos dos distintos momentos em que as enfermeiras produziram o seu cotidiano foi dada pela (in)capacidade de relacionar-se com o outro, no espaço de trabalho. Essas relações foram vistas por Ramos (1997, p.330) como

...nascida da contradição entre solidariedade e rejeição, estranheza e similaridade, a fala do trabalhador mistura a compreensão de si e a compreensão do outro – aquele que não sou eu – aquele que me reflete, me representa e lembra a minha própria diferença [...]. O duplo olhar, ‘técnico e humano’, no confronto com a dor, confessa sua dupla insuficiência.

Para a autora, essa dupla insuficiência se manifesta de forma particular entre a razão instrumental/tecnológica e o sentimento de humanidade. As formas de expressão dessas dualidades se dão, assim, pelas queixas contra a

...falta de condições e recursos – o manejo do atraso e da penúria, a doença institucional (a razão instrumental/tecnológica). Por outro lado, o sentimento de humanidade se manifesta dentre outras situações no silêncio ou no tímido desabafo contra a impotência – o manejo com o infortúnio alheio – a doença social.

Dessa forma, a fala do cuidado, ao vir-se produzindo como ação desejante, no dizer de Ramos (1997, p.333), torna-se também solo fértil para que

...o sujeito sofra a maior de todas as derrotas, a perda do fluxo e investimento intenso do desejo. O sonho não sonhado, ou um sonho que perdeu suas formas, que se desmancha num tempo exigente de realismo, empresta do modelo, do instituído da lógica presente, um perfil, uma forma não tão bela, mas não tão distante do possível.

Então, o reencontro com os próprios sonhos faz recordar a contradição entre o que é vivido e o desejado, entre o que se é e o que se deseja ser. Como nos mostra Ramos (1997, p. 333), as contradições permitem que

...a memória do não vivido torne possível pensar mais longe, querer mais, lembrar o possível, sonhar além dos limites existentes e talvez com mais clareza, com eles se defrontar.

O que se pode perceber é que as dualidades entre o ideal e o concreto vivido permitem, segundo essa autora, o estabelecimento de uma “*ponte que se dirige para as margens de um espaço tão ou mais reprimido e sucateado quanto o espaço do real: o terreno do desejo e do sonho*”.

E assim permite o desnudar das falas e ações dos trabalhadores, no sentido de ir apresentando formas ao “*sonho do trabalho ou o trabalho do sonho*” e, nesse sentido, Ramos (1997, p.333) nos chama a atenção que nessa dualidade, de certa forma, se

...constata o modo como o ideal do trabalho vai sofrendo uma nivelção por baixo, como um cair na real [do isso é o que é possível] que faz com que o sujeito desista da singularidade e autenticidade de seu desejo por um tipo de 'remendo de sonho'.

Até porque, como nos adverte essa autora, atrás do sonho, existirá sempre um sujeito. Assim, a fala desejanste, o desejo revela em certa medida um pouco do que se é. Desse ponto de vista, o desafio que se apresenta para a produção de um novo agir na enfermagem nos leva a concordar com a autora, na afirmação de que

...reconstruir o espaço dos desejos é reafirmar-se, é lembrar o gosto não experimentado da liberdade e da criação, da certeza de ser capaz de fazer o que nunca se fez, de saber que não está aqui para tão pouco. E essa descoberta, apesar de toda sorte de limites concretos, nunca deixará de ser um momento revolucionário.

3.3.4 Outros protagonistas buscando significados para o trabalho das enfermeiras

Estamos apresentando as representações dos outros protagonistas institucionais, inseridos profissionalmente no HUCAM, e suas falas sobre os significados do trabalho realizado pelas enfermeiras no cotidiano do hospital.

A escolha desses protagonistas levou em consideração suas relações intercessoras e interdependentes com o trabalho da enfermagem. Estamos descrevendo as significações captadas dos lugares instituídos como da Direção do HUCAM (Superintendente; DATA, Diretor Clínico) com membros da Divisão de Serviços Técnicos (DSTA – que inclui o Serviço Social, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Farmácia e o SAME), médicos e residentes. Nesses lugares, onde concretamente se realizam o cuidado (assistência) de enfermagem e que chamamos de unidades clínicas, as significações foram dadas pelos diferentes profissionais instituídos na instituição em diferentes momentos em que produziam suas práticas e, ao mesmo tempo, iam se inter cruzando e produzindo, cada qual a seu modo, um modelo de hospital singular e particular próprio de suas práticas profissionais e das relações que estabelecem nesses espaços .

É importante realçar, nos limites alcançados por nossas lentes, que as imagens apreendidas não foram (de)marcadas, apenas pelo modo de olhar e sentir o processo da

enfermagem administrando. Na realidade, esses sujeitos permitiram apreender significações que foram, simultaneamente, se misturando, enquanto cenas produzidas nos lugares da enfermagem cuidando e nos lugares da enfermagem produzindo relações com a equipe. De certa forma, esses sujeitos foram constituindo discursos que ora se aproximavam das falas das enfermeiras e ora pareciam discursos próprios, singulares de cada lugar institucional/profissional, que ocupavam, e que perceberam como significação dos modos ou estilos de agir das enfermeiras. Será dessa forma, também, que os mesmos serão descritos e apresentados.

As repetições, as convergências, as divergências, os fragmentos e as parcialidades dos discursos nos levaram, em alguns momentos, a descrever as falas em seu conjunto, sem preocupação de estar especificando o lugar institucional ocupado pelos sujeitos. Ao ser necessária a identificação dos discursos, apresentamos os mesmos como produzidos pela Direção (Superintendência, Diretores do DATA e Clínico), Divisão de Serviços Técnicos (DSTA), Médicos e Residentes. Consideramos importante alertar aos leitores que a maioria das falas foram apresentadas juntas, como conjuntos de significações e intencionalidades, devido às semelhanças dos discursos.

A enfermeira: um protagonismo (des)conhecido

Pôde-se perceber que as matrizes que deram sustentação a esses discursos apresentaram em comum as dificuldades para entender qual seja, efetivamente, o papel da enfermeira na instituição. Esses sujeitos alegaram que essa dificuldade tem relação com o “afastamento do enfermeiro do paciente e das enfermarias, que é onde acontece realmente a assistência”. A apreensão do “trabalho das enfermeiras foi visto como algo que distancia este profissional daquilo que deveria ser o seu principal e real papel”. Na descrição da direção, este é um papel ainda indefinido, desconhecido, estando muito mais a nível do “deveria ser” do “idealizado”, conforme afirmação do Diretor 2:

...eu acho, aqui entre nós, que os enfermeiros, mesmo dentro do papel da assistência no hospital, eu acho que a enfermagem devia ter um papel mais importante, até porque eu fico com a impressão, às vezes, que os enfermeiros estão muito envolvidos na administração, em administrar, em fazer escala e o envolvimento na

assistência acaba sendo mínimo. A assistência fica para o auxiliar de enfermagem, para o técnico. E aí, o enfermeiro mesmo não mostra o seu papel na assistência. Eu acho que não adianta ter mil teorias. Na prática, o médico, o restante dos profissionais de saúde, eles vão sentir o papel do enfermeiro no momento que eles estiverem envolvidos com a assistência direta. Não há dúvida. Eu acho que há necessidade dos enfermeiros se envolverem mais. Aqui, por exemplo, não tem enfermeiro como rotina na assistência, isto é muito eventual e só em alguns setores como CTI, Centro Cirúrgico, UTIN. Acho que os dois papéis são importantes e não são incompatíveis (assistência e administração), só que eu acho que tem um que está se sobrepondo ao outro. Por isso, o que acaba acontecendo é que os hospitais acabam contratando poucos enfermeiros e os que são contratados ficam na administração.

Compartilhar práticas: um divisor de águas

O entendimento de membros da direção e dos demais profissionais é de que eles continuam sem entender o que fazem ou deveriam fazer as enfermeiras, pois elas estão sempre muito distantes.

São poucos os enfermeiros que permanecem por muito tempo na enfermagem, cuidando dos doentes, discutindo com argumentos sólidos os problemas dos pacientes. É difícil discutir metas de trabalho com a enfermagem.

A percepção desses protagonistas é de que o trabalho da enfermeira seja como ação administrativa, seja para prestar ações de cuidado, deveria, por exemplo, na opinião do Diretor 2:

...se mostrar mais, uma vez, que a sua presença parece ser importante em todos os hospitais. É muito importante que a gente tenha mais enfermeiros no trabalho diário, vendo-os na assistência, dividindo nosso conhecimento, como parceiros, fazendo trocas, ocupando espaços, inclusive a nível de ambulatório. Acho que os enfermeiros têm um espaço importante nas equipes multidisciplinares, na assistência direta, nos ambulatórios, que nem as próprias enfermeiras parecem se dar conta, mas esse espaço, tem que ser ocupado, disputado dentro de um entendimento de equipe. Acho que os enfermeiros precisam aprender a trabalhar mais junto, em conjunto inclusive com os auxiliares”.

Uma das dificuldades percebidas para isso ocorrer é o

...centralismo do trabalho administrativo dos enfermeiros, além da desmotivação total do nosso pessoal. Temos que investir na motivação do pessoal, em criar condições que melhorem a vida dos trabalhadores no HUCAM. Eu acho impossível que um hospital com o nosso nível hospitalar não consiga dar assistência digna a cerca de duzentos leitos e os enfermeiros não possam desempenhar outros papéis, além do administrativo que fazem.

A direção percebeu que, dentre os maiores problemas que causam impactos ao se organizar o trabalho no HUCAM, inclusive na enfermagem, possivelmente seja para o Diretor 1 a

...certeza da estabilidade no emprego pelos funcionários.⁵⁷ Isso se põe como um dos maiores problemas para gerenciar a instituição, além do (des)cumprimento da carga horária, o absenteísmo, a desmotivação e o número de atestados médicos na equipe de enfermagem. O HUCAM está se tornando um “bico” para os funcionários de todas as categorias, sem falar nos docentes, (tanto da enfermagem quanto médicos) pois poucos assumem, efetivamente, o hospital, se dedica a ele. Eu vejo isto como um problema.

Dentre as alternativas vislumbradas para auxiliar no gerenciamento da instituição e valorizar o trabalho no setor público de saúde, alguns membros da direção defendem que se tenha uma carga horária diferenciada para quem trabalha em algumas atividades, como a enfermagem. Segundo o Diretor 1,

...a enfermagem representa a maior força de trabalho no hospital e é uma das categorias que demandam mais problemas e conflitos na instituição, principalmente pelo alto índice de absenteísmo e pela diversidade de formação da equipe.

⁵⁷ Entre os anos de 1997 e 1998, no HUCAM, já houve cerca de dez pedidos de demissão, apenas considerando a categoria de enfermeiras. Segundo Boletim Informativo do HUCAM, jan./fev./mar./98, no período de 1996 a 1997, no que se refere aos Recursos Humanos, o hospital teve um desempenho negativo (de 1.025/96 passou para 951/97) havendo uma variação de -7%. Especialmente na enfermagem, nesse período, a variação foi de -6,18%.

A carga horária diferenciada e a melhoria do salário são vistas, pelos diferentes protagonistas institucionais, como uma das estratégias que podem ajudar a diminuir o acentuado absenteísmo, a desmotivação e a insatisfação na instituição e na enfermagem em especial. Essas alternativas foram vistas também como possibilidades para diminuir o número de funcionários que têm se afastado devido aos freqüentes pedidos de aposentadoria e de demissão.⁵⁸ Esses são problemas que se tem que administrar na instituição, mas não é, segundo afirmam,

...privilégio da equipe de enfermagem. A sensação que se tem hoje é que todo mundo faz do HUCAM um bico, já que as condições de trabalho e salário aqui estão se tornando uma das piores do Estado (Diretor 1).

Na visão médica, “já foi muito bom trabalhar no HUCAM, dava respeito aos profissionais, crédito; hoje isto acabou”. Hoje, afirma o Médico 1:

...tem-se que lidar e se adaptar aos muitos vínculos empregatícios dos profissionais, inclusive médicos e da enfermagem; tem-se que conviver com a carência de tudo; além da piora nas condições de trabalho. Isto aqui tem dias que parece um inferno. Fica um dia no PS para ver o que é bom.

Sob o ponto de vista dos médicos, do DSTA e dos residentes,

...isto tem tido impactos muito negativos, citando que as omissões; o absenteísmo e os atrasos não são só na enfermagem, isto é geral e pode ser visto como uma das possíveis causas e conseqüências pelos problemas que a instituição e os profissionais atravessam.

Para o Médico 2, existe a necessidade da melhoria dos salários para se enfrentar muitos dos problemas de gerenciamento no setor público e no HUCAM, em particular. A percepção médica reflete a insatisfação com algumas situações institucionais e da política de saúde:

⁵⁸ Com a reforma administrativa, os funcionários públicos estão prestes a perder a estabilidade no emprego.

Acho que deva se pagar bem a todos os profissionais, é um absurdo o que a universidade está pagando. Os Hospitais Universitários (HUs) deveriam ser a ponta no sistema e deveriam servir de referência, modelo. Hoje poucas pessoas se submetem, se dedicam apenas ao HUCAM, devido a este salário ridículo e miserável, além do stress constante pelas condições de trabalho. Se está ruim para nós, médicos, imagina na enfermagem, que já é tão sacrificada”.

No caso da enfermagem, mais especificamente, o DATA identificou que se deveria pagar um salário melhor. Isso deveria acontecer para que os

...profissionais tenham apenas um emprego decente e tenham motivação para trabalhar aqui. Hoje o hospital ao lado oferece dez reais a mais às pessoas [e elas] preferem largar aqui. Infelizmente o hospital está perdendo muita gente boa por causa do salário,⁵⁹ mas não temos autonomia para mudar isso, por isso que eu acho importante a questão da fundação, pois com ela poderíamos melhorar as condições de trabalho, inclusive os salários.

Veja:

...o salário dos auxiliares, daqui a pouco ninguém vai querer vir para cá. Não vejo muitas alternativas. Acho que é preciso se estudar a possibilidade de oficialmente criar-se uma escala de serviço diferenciada para a categoria da enfermagem, em que, se implantaria a carga horária de seis horas diárias de trabalho. Parece que tem uma lei no congresso sobre isto. Acho que o trabalho da enfermagem é diferenciado das demais categorias e não deveria ser dimensionada de forma igual.

A esse respeito existem muitas divergências. Alguns membros da diretoria defendem “...uma jornada diferenciada, mas com critérios claros, conforme as especificações e o desgaste profissional”, pois, segundo o Diretor 2:

...Não acho justo carga horária de seis horas indistintamente. Acho que melhorar a carga horária diminuiria o absenteísmo, os atestados, melhoraria os relacionamentos. Sei que isto não resolveria os nossos problemas, mas ajudaria a dar mais

⁵⁹ No último edital para concurso público para médicos e enfermeiros para o HUCAM, o salário-base oferecido foi de cerca de R\$700,00 – por oito horas diárias de trabalho para as enfermeiras.

qualidade e valorização à assistência prestada pela enfermagem e valorizaria os nossos funcionários.

A percepção apreendida sobre as relações institucionais mostrou a enfermagem “*como um grupo difícil de se lidar, no dia-a-dia*”. E no que se referiu à percepção sobre a enfermagem administrando, a exemplo do que as próprias enfermeiras perceberam, esses “outros” protagonistas acham que os “*enfermeiros deveriam realizar mais atividades voltadas para os pacientes*”. Para o Diretor 2, existem

...momentos em que não fica claro o que os enfermeiros querem da instituição, pois criam muitos conflitos. Os enfermeiros têm dificuldade até para lidar com os outros profissionais e principalmente com os auxiliares.

Na compreensão do DATA – Diretora 2 –

...certamente poderia destacar, dentre os vários problemas que temos, a maneira como se realiza a supervisão de enfermagem. Ela tem apresentado tantos problemas e se depara com tantos problemas, que, no final, o que mais se faz é ficar resolvendo problema de pessoal, seja com faltas, atrasos, sem falar nas questões técnicas do pessoal e até mesmo das enfermeiras.

3.4 Recursos Humanos: um problema para a supervisão no trabalho das enfermeiras

Destacamos, para melhor significar o trabalho das enfermeiras, algumas práticas instituídas como partes do processo de organização do trabalho, estando nele inserido o modelo de supervisão em enfermagem, amplamente reproduzido nas instituições de saúde. Dessa forma, algumas questões se destacaram, constituindo-se num espelho por onde alguns instrumentos do trabalho de enfermagem foram se revelando como “problemáticos” na cotidianidade dessa prática. Dos dados coletados em campo, pudemos captar uma quarta cena se produzindo a partir das muitas abstrações reveladas como sendo partes da problemática de Recursos Humanos, enquanto uma variável dificultadora para as enfermeiras organizarem o seu trabalho, em particular no que diz respeito a “*ir fazendo todo dia a supervisão no trabalho da enfermagem*”.

Dentre os instrumentos que produzem a organização do trabalho na enfermagem, certamente a supervisão tem sido um dos mais utilizados pelas enfermeiras, sendo também uma das atividades de maior questionamento e insatisfação, não só para as enfermeiras, mas para o conjunto dos agentes institucionais, conforme pudemos ir destacando nos dados empíricos e em outros momentos profissionais.

Nogueira (s/d, p.7), ao tecer considerações sobre a supervisão para o setor de saúde, adverte que essa ação se constitui como um dos principais pontos críticos para qualquer programa, tendo em vista *“envolver um grande número de profissionais, unidades de serviço, espacialmente dispersas e dotadas de certo grau de autonomia administrativa e técnica”*.

Para Silva (1997, p.11), a supervisão é *“inegavelmente uma das atividades desenvolvidas no cotidiano profissional das enfermeiras, quer a entendamos enquanto ‘função’ ou não”*.

Essa autora (1997, p.14) acrescenta que a supervisão, além dos aspectos de controle e educação, tem também um componente político.

...não somente porque nestes dois aspectos assinalados de supervisão a questão do poder encontra-se presente, mas também por seu caráter de intermediação, por sua posição intermediária em qualquer e toda hierarquia organizativa [...]. A supervisão, além de ser produto das políticas institucionais e estruturas organizativas, também é uma prática reprodutiva e construtora das mesmas políticas e estruturas.

Como podemos perceber, esse é um tema de várias nuances e tem sido incorporado como um dos aspectos determinantes e pertinentes da administração ou gestão dos Recursos Humanos nas diferentes áreas, inclusive na de saúde. Diversos autores tem se detido em identificar o que atribuem ser um dos maiores problemas para organizar o trabalho no setor de saúde e dar conta das políticas de saúde – os Recursos Humanos

Tem sido comun a apreensão das falas que direcionam, como problema norteador nessa área, as questões atinentes ao trabalhador. Na enfermagem, essas situações se destacam desde a composição da força de trabalho da enfermagem, a formação e qualificação até situações mais focais, como a própria organização do trabalho no setor de saúde e os estilos de se gerenciar os serviços.

Nesse sentido da problemática que pudemos ir abstraído, neste estudo, vamos destacar o próprio sentido que vem sendo dado aos trabalhadores e às distintas formas de representá-los, enquanto sujeitos da ação no trabalho em saúde.

A apreensão da fala da Enfermeira 2, significando quais sejam suas maiores dificuldades para cotidianamente organizar o trabalho da enfermagem, ressalta que certamente o que mais atrapalha é o próprio pessoal de enfermagem, por diversos motivos, como indisciplina, desmotivação, formação inadequada, além de faltarem muito ao serviço, a dificuldade de relacionamento interpessoal...

O que me estressa é saber que tenho que todo dia falar as mesmas coisas, me aborrecer pelas mesmas coisas, fazer a mesma coisa, como por exemplo, remanejar o pessoal, mesmo sabendo que aquele funcionário não é o mais adequado para ir para aquele setor e nem mesmo o mais responsável e comprometido para assumir determinadas funções.

A partir dessa fala, gostaríamos de tecer algumas considerações acerca da própria temática dos Recursos Humanos e as formas de inserção desses protagonistas no mundo do trabalho e o quanto as formas de concebê-los e inseri-los em determinado espaço causam impacto também no seu agir cotidiano no trabalho. Dentre os problemas levantados como sendo de Recursos Humanos, pudemos apreender, em campo e nos discursos dos vários protagonistas, que algumas situações potencializam o problema Recursos Humanos na instituição e mais especificamente na equipe de enfermagem. Destacamos o imediatismo com que vai se produzindo a organização cotidiana do trabalho, desvinculado não só do que revelam como projeto institucional, mas também pela falta de metas e planejamento mais consistentes dos diversos setores e não só da enfermagem. Em consequência disso, se potencializam as ações burocráticas, a falta de comando, de autonomia e mesmo de compartilhamento e de parceria entre os diferentes sujeitos institucionais.

Chama nossa atenção na relação com os trabalhadores a perda da perspectiva da possibilidade de mudanças, a desesperança na possibilidade de criar algo novo e superar a situação de insatisfação, tão presente na profissão/instituição, tal qual vem acontecendo na enfermagem.

Silva (1997, p.216), em achados semelhantes, em estudo que realizou numa outra instituição de saúde, com as mesmas características do HUCAM, numa instituição hospitalar situada numa outra região do País, observou que essas situações e suas contradições poderiam ser trabalhadas melhor a partir do: *“resgate dos saberes e poderes de todos: população, trabalhadores e chefes, os quais são diferentes, distintos e diversos, sem necessariamente serem tão desiguais”*.

Para Silva (1997, p.212)

O poder de decidir e alterar a organização do trabalho é predominantemente percebido de modo alienado, separado do coletivo do qual nos sentíamos fazendo parte, como se nós, trabalhadores, não tivéssemos poderes de modificar e limitar as burocracias que nos atrapalham e cerceiam, como se as burocracias também não fossem, elas mesmas, exercidas por trabalhadores.

Em decorrência das preocupações com a inserção dos trabalhadores, percebemos que têm crescido os movimentos em que se busca revelar as singularidades institucionais nos setores produtivos, como o é, por exemplo, o setor de saúde. É perceptível o crescimento, nas últimas duas décadas, de trabalhos teóricos em que os autores têm-se debruçado sobre os temas que fazem referência às instituições de saúde, ao trabalho em saúde e, neles, a gestão dos Recursos Humanos para o setor de Saúde.

Nesse sentido, Cecilio (1997, p.36) destaca que esses movimentos ocorrem, em particular, no âmbito do hospital, muito provavelmente devido à especificidade e à complexidade dessa organização. O mesmo autor, em recente artigo, chama a atenção para as dificuldades de realização de mudanças no gerenciamento dos hospitais da rede pública.

O autor aponta duas “antinomias” que são partes dessas dificuldades e de onde se destaca, em primeiro lugar, *“o alto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores, em particular os médicos, versus a necessidade de coordenação das ações da organização como um todo”*. A segunda razão, diretamente associada à primeira, diz respeito *“a tensão entre o poder técnico concentrado na base da organização versus o poder administrativo, com suas funções de coordenação”*.

Cecilio (1997), no que se refere ao gerenciamento dos serviços, observa que, na realidade, a direção das instituições de saúde tem, muitas vezes, se tornado refém das áreas

operacionais, das equipes, uma vez que elas têm sido autônomas, em particular no que lhe é de interesse, como a *“montagem de escalas, o estabelecimento de rotinas de trabalho, na adoção de esquemas terapêuticos e outros esquentas”*. O autor ainda observa que a *“direção geral e as direções de enfermagem, médica e administrativa nos hospitais passam boa parte do tempo apagando incêndio e correndo atrás do prejuízo, de forma que não lhes sobra tempo para planejar seu trabalho e avaliar a qualidade dos serviços prestados”*.

Para Cecilio (1997, p.37) as direções dos hospitais públicos, pela baixa governabilidade, recursos de poder e autonomia gerencial, são, na realidade, formadas por administradores que atuam como se fossem a *“rainha da Inglaterra, reinam mas não governam”*.

Nesse contexto da organização do trabalho, nas instituições de saúde, e de maneira mais acentuada nos hospitais, os trabalhadores têm se situado ora como vilões, ora como heróis ou vítimas das crises que se reproduzem nos espaços conflituos e “tensionados” do trabalho em saúde. Essas situações se apresentam em particular, se considerarmos que a premissa básica que norteia o viver cotidiano institucional/profissional toma como verdade, no que diz respeito aos Recursos Humanos, que os mesmos, ao estarem nesses espaços, estão invariavelmente preparados tanto do ponto de vista formal da capacitação profissional, quanto do “equilíbrio” emocional para conviver com o *stress* dos riscos decorrentes da atividade profissional e próprios de cenários onde o limite entre a vida e a morte é sempre tênue e presente.

Cecilio (1997, p.37), adverte que essa forma de “olhar” os trabalhadores nas instituições faz pressupor que todos os profissionais sejam habilitados para o exercício de suas funções, presumindo, também, que todos os profissionais tenham

...condutas éticas, as mais condizentes possíveis com as necessidades dos clientes e com os recursos disponíveis no hospital, pressupõe-se, enfim que os profissionais desenvolvam atitudes de lealdade com a organização e contribuam ativamente para o alcance de seus objetivos.

Na realidade, esta imagem tão “ideal” nem sempre se efetiva, por diversas razões, estando no topo delas, em primeira instância, os conflitos intergrupos e a concomitante disputa pelos diferentes projetos que gravitam nesses espaços, a partir dos diferentes

sujeitos, portadores de diferentes interesses, inclusive corporativos. Para Cecilio (1997, p.38), essas situações têm gerado,

...linhas de conflito entre o poder formal e real no universo cotidiano das equipes, principalmente porque os médicos representam formalmente a direção superior junto às equipes assistenciais. Havendo uma carência, muitas vezes dramática de canais efetivos de comunicação entre os de baixo (trabalhadores) e os de cima (direção).

Esse modelo de gerenciamento permite, segundo o autor (1997, p.38), no que se refere à enfermagem, com o que concordamos, que essa categoria se “arme” deixando fluir, de forma muitas vezes exacerbada, “o 'espírito de corpo' na enfermagem, que tenta assim consolidar e preservar um espaço profissional rigidamente delimitado, para fazer frente ao poder que os médicos detêm dentro da organização”.

Diante desses contextos, percebe-se que as questões que fazem referência aos Recursos Humanos, na área de saúde (e a enfermagem não se exclui dessa realidade) têm-se posto como problemáticas e conflitivas nos vários debates que são produzidos, visando à reorganização dos modelos assistenciais, em particular para o setor público de saúde, de tal forma que essa questão se apresenta como um dos grandes desafios a ser enfrentado pelos gestores e trabalhadores nesse setor, como apontam muitos dos autores já citados.

Estudos nesta área mostram um leque de divergências, que não são só conceituais, tem a ver com as ideologias e com o lugar que os sujeitos sociais ocupam no intrincado mundo das relações sociais, mormente se tomarmos como espaço social os cenários onde se produz o trabalho em saúde; as intencionalidades; os diferentes interesses político-corporativos; e mesmo as especificidades e diversidades que compõem, por exemplo, as equipes de saúde.

Os interesses apreendidos nas diferentes investigações, a partir da década de 80, revelam a relação desses estudos com todo o processo de formulação e de constituição de estratégias, para dar viabilidade aos pressupostos da reforma sanitária, num primeiro momento, e da própria dinâmica para a concretização do SUDS/SUS e também para atender às necessidades (im)postas pelo mercado de trabalho no setor de saúde e as

demandas próprias dos trabalhadores de saúde, ao estarem dando conta de gerenciar o cuidado a partir da realidade cotidiana nas instituições .

Assim sendo, as questões relacionadas à gestão dos Recursos Humanos para o setor de Saúde passaram a ser também consideradas como central para a formulação e construção do modelo técnico-assistencial para o setor, assim como para dar concretude a projetos políticos e de governo.

Nesse sentido, como afirma Paim (1994), os Recursos Humanos, no setor de Saúde, se colocaram no epicentro dos problemas, das tensões e das alternativas vislumbradas para o setor e para a reformulação dos modelos de atenção à saúde, com vistas a dar conta, por exemplo, da implantação e das diretrizes do SUS e para a reconstrução de novos perfis profissionais.

As várias formas de se "revelar" um protagonista ou quem é quem neste debate

Pudemos apreender, no debate que vem sendo travado sobre esse tema, as seguintes constatações:

- a existência de divergências é notória nas várias formas de “conceituar” teórica/ideologicamente os Recursos Humanos em Saúde;
- as principais tendências de investigação, conforme autores “marcadores” de tendências sobre o tema, estabelecem-se ao mesmo tempo em que os autores vão se constituindo em formuladores e militantes de movimentos na saúde;
- as possíveis rupturas e os impactos se originam nas várias abordagens, ao se “fabricar” cotidianamente o trabalho nas instituições de saúde.

Nos trabalhos de Nogueira et al. (1987), os autores apresentam três categorias de análise para definir quem é quem no trabalho em saúde:

Trabalhadores de Saúde: seriam todos aqueles que estão inseridos direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos ou nas atividades de saúde, tendo ou não formação específica para atuar nas funções pertinentes ao setor. O que vai determinar a sua vinculação não será necessariamente a formação ou capacitação em saúde, mas, sim, a atividade realizada no setor de saúde.

Profissionais de Saúde: o que importa é a formação e/ou capacitação, ou seja, a qualificação para tarefas no setor de saúde, o que significa a necessidade de aquisição de um conjunto de habilidades cognitivas adquiridas com vistas a atuar no setor, independente do vínculo de ocupação, ou de estar ou não empregado no setor produtivo.

Pessoal de Saúde: definido como o conjunto de trabalhadores que, ao terem formação ou capacitação específica (prática ou acadêmica), trabalham exclusivamente em serviços de saúde ou com atividades de saúde.

Recursos Humanos em Saúde (RHS): diferentes conceitos para variados questionamentos

Para Nogueira (1987), o conceito RHS tem sido utilizado para englobar, dentre outras situações, *“a perspectiva de ações voltadas para o planejamento, a formação, a capacitação profissional, a seleção, o recrutamento e o plano de cargos e salários”*.

Sob o ponto de vista de Testa (s/d), *“Recursos Humanos em Saúde, são seres Humanos e portanto, não devem ser vistos como ‘recursos’”*. Esse conceito compreende tudo que se relaciona com a gestão, a atividade, a transformação e a sustentação da Força de Trabalho, destacando-se os núcleos problemáticos que podem aparecer neste processo.

De acordo como o ponto de vista de Soterias (1997), Recursos Humanos em Saúde está referido *“a todos os indivíduos e grupos que podem satisfazer, em determinados momentos, o cumprimento dos objetivos do setor saúde e da assistência à saúde”*.

Já na opinião de Rovere (1992),

...os vários conceitos sobre RHS têm propiciado uma baixa visibilidade sobre este campo, tendo repercussões muito concretas, tanto no sentido de repensar o mesmo, assim como para encontrar estratégias de mudanças, num espaço que se apresenta altamente resistente e homeostático, o que identifica a área de recursos humanos como um verdadeiro campo de tensões.

Atualmente, alguns autores têm enfatizado a necessidade de se olhar as questões de Recursos Humanos, dentro de perspectivas que os apontem, enquanto indivíduos que não sejam vistos apenas como partes das instituições, mas sim, representando as próprias instituições, representando recortes da estrutura social mais ampla, em que se antagonizam situações de coações, solidariedade, cooperações, competitividade, além de distintos

saberes e diferentes formas de tensões e conflitos. Tal ênfase impõe a necessidade da visão de RHS, como pessoas que têm vontade própria e que, conforme o contexto, criam novas situações.

O que podemos perceber, na realidade, é que os “novos” conceitos vão se incorporando, inter cruzando e até mesmo dando complementaridade uns aos outros. No real, convive-se com as dualidades e os antagonismos próprios desses processos, tanto em nível teórico quanto em nível prático. Os impactos de novos conceitos têm sido pontuais e ainda muito frágeis, para, efetivamente, mudar as diferentes lógicas imprimidas a essa questão, no interior das políticas e dos desvios do setor de saúde, notadamente no que diz respeito ao setor público de saúde.

Assim, as reflexões aqui apreendidas nos levam a admitir, num primeiro momento, que os “movimentos” para incorporar “novas” concepções sobre essa temática têm se caracterizado:

- pela ausência de rupturas conceituais, com impactos nos processos de organização do trabalho na cotidianidade institucional/profissional;
- pelos poucos impactos nos serviços e principalmente no processo de formação dos profissionais de saúde de forma geral;
- pela ausência da produção de “novas” formas de reorganizar processos de trabalho e de se relacionar entre os diferentes atores institucionais, inclusive com os usuários;
- pela percepção gradual do caráter multiprofissional e interdisciplinar que alguns autores “marcadores de tendências” ou influenciadores de tendências têm buscado incorporar a este debate.

Compartilhamos a opinião de que as tendências das investigações têm apontado soluções aos problemas dos Recursos Humanos em Saúde, tomando como direção linhas teórico-ideológicas em que as tendências que optam pela concepção Recursos Humanos em Saúde privilegiam a abordagem mais voltada para as ações de gerência numa perspectiva tradicional, estando em franca fase de freqüentes questionamentos e mesmo negação. No que diz respeito à concepção Força de Trabalho em Saúde, o enfoque tem sido no sentido de privilegiar o caráter sindical e as melhorias nas condições de trabalho. As tendências que tratam de estudos sobre profissões se detêm na abordagem histórica, das racionalidades e

das conformações das profissões e também tratam das influências nas mudanças curriculares visando à melhoria do perfil e da “qualidade” dos profissionais.

Campos (1989), ao realizar estudo retrospectivo sobre o tema Recursos Humanos em Saúde e Força de Trabalho em Saúde (FTS), nas décadas de 70 e 80, aponta a ênfase em abordagens que privilegiam a capacidade de geração de empregos e absorção de pessoal pelo mercado de trabalho, no conjunto da economia, e os estudos para avaliar a distribuição, a composição interna e a utilização da força de trabalho. Identificou, ainda, ênfase em estudos que tomam como ponto de análise a polarização da equipe de saúde entre os médicos e atendentes de enfermagem, intermediados pelas outras categorias profissionais.

Para Campos et al. (1989, p.), embora esses estudos sejam importantes, os mesmos têm sido insuficientes para dar conta da complexidade e problemática das questões relacionadas a essa temática, uma vez que os enfoques não têm dado conta de incorporar alguns aspectos como

...uma das características especiais deste objeto, que o distingue de todos os outros insumos ou seja: a capacidade dos RHS de procederem como sujeitos sociais em diferentes e várias ocasiões [...] que interferem na ação ou reação individual e coletiva, sendo sujeitos dotados de uma determinada ideologia, de interesses próprios e eventualmente até mesmo de adesão e da defesa de determinadas políticas de saúde.

Ainda, segundo opinião de Campos, faz-se necessário ampliar o leque de metodologias para se estudar as questões relacionadas a essa temática destacando a necessidade de situar os trabalhadores como: “*agentes políticos, produtores de serviços, militantes de movimentos corporativos e que também fazem política, têm projetos e perseguem uma cidadania plena*”.

Autores já citados, como Paim (1994), Rovere (1992) e Campos (1989), mostram que a maioria das discussões sobre essa temática tem sido atravessada por diferentes abordagens e conceitos, supondo, assim, diferentes perspectivas para a sua formulação e utilização. Apontam, ainda, para a necessidade de uma maior articulação entre os vários conceitos, uma vez que os mesmos não têm significado, necessariamente, rupturas teórico

-práticas significativas, sendo pouco significativos os impactos dessas tendências no cotidiano dos serviços.

Este estudo e o debate com os diversos autores, já citados, nos levaram a refletir sobre o quanto se torna necessário resgatar o trabalhador, enquanto um sujeito de mudanças, em franco processo de construção da sua própria identidade de trabalhador de saúde.

É nesse sentido que Enriquez, in: Vasconcelos (1996, p. 21), nos adverte acerca dos Recursos Humanos, quanto à necessidade de tomá-los como sujeitos de mudanças.

Assim fazendo, requer também reconhecer sua força, suas fragilidades, sua autonomia, originalidade e mesmo suas contradições para enfrentar o mundo do trabalho, ou seja,

...o trabalhador é um ser inacabado, em si mesmo [...] que possui sua parcela de originalidade e de autonomia, que lhe permite ser um criador de histórias, imprimindo a sua marca, por insignificante que seja, na vida social, familiar, sobre os locais de trabalho e do fazer.

Assim como esse autor, entendemos que, no processo de organizar o trabalho, mais especificamente tomando como direção os estilos de se pôr em prática um dos instrumentos de trabalho, no qual as enfermeiras têm se sustentado, que é a supervisão, não se pode desconsiderar que, independente do lugar social/ocupacional do protagonista, suas ações de trabalho só se materializam nas relações com o outro, seja ele paciente, enfermeiras, auxiliares, médicos, não importa. O trabalho em saúde se produz no outro e pelo outro.

E isso ocorre, de acordo com Enriquez, in: Vasconcelos (1996, p.21), porque “o trabalhador realiza o seu trabalho, com outros, porque ele compreendeu que não passa de um elemento, de uma história coletiva que o ultrapassa e que ela ajudou a criar”.

A insistência com que têm se percebido os atuais estilos de gerência, em sua maioria conservadores e autoritários, em que se desconsidera a pessoa, tratando-as numa visão limitada de mais um “recurso”, tem contribuído pouco para mudar o atual cenário, pois, como afirma Bom Sucesso (1997, p.177), ao se apreender o trabalhador com a visão limitada de “recurso”, “ignora-se” que o trabalhador é também guiado por sentimentos de “raiva, medo, tristeza e frustrações, que adoecem”. Assim, contribui-se para que as pessoas

reduzam a sua criatividade, reduzam a produtividade e o prazer de trabalhar, atingindo a qualidade de vida desse sujeito no seu trabalho e, conseqüentemente, tem sido impeditivo da busca de mecanismos para a melhor convivência no trabalho, para o estabelecimento de novas metas e relações de poder, centradas não apenas na hierarquia, mas no poder pessoal de criar, contribuir, somar, compartilhar, cooperar.

Do apreendido em campo, como “problema” para a supervisão das enfermeiras no HUCAM, pela frequência com que se apresentaram, destacamos os problemas relacionados aos rituais da passagem de plantão, a produção mensal da escala de serviço na enfermagem e o absenteísmo. Essas situações se apresentam como um revelador do cotidiano institucional da equipe de enfermagem. Gostaríamos de esclarecer, mais uma vez, que o recorte aqui apresentado não significa totalidades do processo de trabalho na enfermagem e das questões associadas aos “problemas” decorrentes dos Recursos Humanos de enfermagem e, assim sendo, é apresentado, também, como fragmentos e limites da pesquisa nessa discussão.

3.4.1 A escala: (des)vendando poderes

Percebemos, como falamos anteriormente, que a escala cumpre diferentes papéis, ou seja, ela pode ser vista desde o ponto de vista de um papel em que está sistematizada e organizada a presença dos trabalhadores na instituição, até permitir verificar, por exemplo, dimensões da política de recursos humanos, os processos de premiações aos trabalhadores não faltosos e dedicados e/ou punições para seus trabalhadores. Permite pistas sobre as distorções das distintas jornadas de trabalho na instituição, deixando expressar o lugar institucional dos distintos sujeitos profissionais. Pode ser vista, também, como um dos instrumentos de expressão do controle e do verticalismo institucional, pelos quais são “sutilmente” reveladas distintas formas de relações e inclusive o autoritarismo. A forma de organizar a escala tem a ver com a forma como será produzido diariamente o trabalho e nele os modos de **se ver e ser visto**, na instituição, a partir dos diferentes estilos de **ação político-institucionais** que permeiam os agires embutidos nesses processos.

No HUCAM, o significado da escala direcionou nosso olhar sobre as muitas cenas expressas pelas enfermeiras e demais membros da equipe de enfermagem, em vários

lugares institucionais, como na sala de reuniões da Divisão de Enfermagem, nos cochichos e ruídos captados nos corredores e nas unidades clínicas, onde efetivamente se concretizou o trabalho da enfermagem. Será, então, a partir do percebido nesses lugares, que iremos falar sobre a representação da supervisão contida nos rituais de elaboração da escala, da passagem de plantão e da constatação da ausência do trabalhador ao local de trabalho, na perspectiva das significações implícitas nos modos de a enfermagem fabricar o seu trabalho no hospital.

A apreensão desses processos, em particular, a construção da escala mensal, se produziu nos lugares instituídos como a sala de reuniões da Divisão de Enfermagem e na relação com a direção, quando se percebeu que a escala tem sido vista e muitas vezes usada como um instrumento administrativo que ajuda a organizar o trabalho das enfermeiras, proporcionando-lhes uma “certa” autonomia para organizar o trabalho do pessoal de enfermagem. Segundo a Enfermeira 13, a escala serve para

...ajustar as diferentes cargas horárias na instituição, dos diferentes profissionais e para estabelecer quem manda e quem obedece na enfermagem e eu vejo que muitas vezes usamos a escala como arma contra os funcionários e contra nós mesmos.

Conforme foi observado, a escala constituiu-se, no período, num dos maiores focos de conflitos na equipe de enfermagem e na relação com a direção do hospital, estando no centro dos conflitos as questões relacionadas à jornada de trabalho; o déficit de pessoal; o alto índice de absenteísmo; as barganhas político-eleitorais, produzidas para (a)moldá-las aos diferentes interesses corporativos que gravitam na e em torno da instituição e de seus trabalhadores e para reproduzir um modelo de supervisão já identificado como superado.

Certamente, dentre os conflitos presenciados e vivenciados junto a esse grupo, nesse período, as discussões sobre a escala do mês de setembro/95 se apresentaram como um dos mais expressivos ruídos na instituição, se constituindo como momentos de resistência vivenciados pelo grupo, em que ficaram claros os distintos lugares e os modos de se significar, por exemplo, a duplicidade dos vínculos empregatícios, a jornada de trabalho e o seu (des)cumprimento, assim como demonstrou o quanto a preocupação com os pacientes está distante tanto dos discursos e fazeres da enfermagem quanto dos dirigentes. Importa “fechar” a escala, não se discute, por exemplo (até por restrições quantitativas dos recursos

humanos na enfermagem) a adequação de determinado servidor para realizar determinado procedimento. Parte-se do princípio básico de que *“todos podem realizar suas atividades, já que estão na instituição para isso”*, afirmou a Auxiliar 1.

As disputas e os conflitos implícitos, nas diversas falas tumultuadas a esse respeito, puderam ser sintetizados nas manifestações verbalizadas e nas demonstrações de raiva e impotência do grupo, pelo fato dessas profissionais se sentirem desrespeitadas pela condução dada pela direção a esse assunto. As situações a seguir, brevemente relatadas, expõem, com muita clareza, como modelos de gerenciamento, pautados numa cultura institucional de concessão e favores, podem ser maléficos, gerando o desrespeito, o descaso, o corporativismo, no seu sentido mais negativo. Esses aspectos estão entranhados nos modos de gerenciar a instituição, indistintamente, pelos diferentes protagonistas institucionais, estejam eles na enfermagem, na medicina, na direção ou em outros agrupamentos profissionais, uma vez que os *“acordos muitas vezes silenciosos”* parecem fazer parte da cultura e do modo de fazer andar a vida na instituição pública e o HUCAM não se diferencia das demais.

Os muitos ruídos instituindo modos de operar uma prática

Dentre os diversos ruídos capturados no HUCAM, privilegiou-se apresentar a descrição de uma das situações, diretamente relacionada com a montagem da escala e do cumprimento da jornada de trabalho, uma vez que os episódios conseqüentes dessas situações acabaram sendo detonadores de mais uma série de crises nas relações e no gerenciamento institucional. A aludida situação teve como referência o Decreto do governo federal de n.º 1.590/95, dispondo sobre a obrigatoriedade do cumprimento, no serviço público federal, das oito horas diárias de trabalho. O referido Decreto “caiu como bomba” sobre a instituição, constituindo-se, nos meses de agosto/setembro de 1995,⁶⁰ num dos mais expressivos “ruídos institucionais”, tendo impactos imediatos na enfermagem e nas suas

⁶⁰ Consideramos pertinente a apresentação dos fatos, uma vez que os problemas decorrentes de escala e carga horária ainda persistem e não se achou, até o momento, uma solução eficiente para problemas como: carga horária, déficit de pessoal, faltas ao trabalho, desmotivação, sobrecarga de trabalho, mas também descompromisso de alguns dos agentes institucionais. A maioria dessas situações, é bom lembrar, não ocorre apenas com os protagonistas inseridos na equipe de enfermagem.

formas de resistir ao instituído e nelas as formas de organizar o trabalho e nele a escala de serviço.

Num primeiro momento, a crise se apresentou no “*como montar a escala da equipe de enfermagem*” para o mês de setembro. O incômodo causado pelo referido Decreto foi significado de diferentes maneiras, das quais destacamos uma das falas mais recorrentes, sintetizada pela Enfermeira 7:

...esta obrigatoriedade mexe com a vida da maioria do pessoal de enfermagem, devido à duplicidade de vínculos empregatícios que temos na equipe de enfermagem e mesmo pela sobrecarga que isto vai significar para nós.

Nesses relatos, constatou-se que a maioria dos profissionais não cumpre diariamente as oito horas de trabalho, por acordos institucionais com as corporações dos trabalhadores, tendo em contrapartida a “criação” da “figura” do plantão de complementação da carga horária.

Na realidade, conforme se pôde perceber, esses acordos têm se revelado mais como problema do que solução à questão da jornada de trabalho, uma vez que não resolveram os problemas de carga horária e acabaram criando outros, tornando-se um círculo vicioso que vem perdurando anos a fio, conforme alega a Enfermeira 11:

O que se constatou foi que a necessidade de dar conta desta exigência [o cumprimento da carga horária], acirrou ainda mais os ânimos entre a direção, a Divisão de Enfermagem, os enfermeiros e o pessoal auxiliar. Este assunto [jornada de trabalho dos trabalhadores no HUCAM], na minha compreensão, foi um dos grandes e mais constantes ruídos no cotidiano da instituição, interferindo, substancialmente no dia-a-dia institucional.

O cumprimento da jornada diária de trabalho, conforme o contrato de trabalho, dentre os problemas gerados pelo e ao grupo, apontou a perspectiva de (in)viabilização “do outro emprego”, como determinante para tornar a enfermagem um grupo de resistência na instituição, uma vez que a possibilidade da perda do duplo vínculo foi percebida como “perda imediata no nosso poder aquisitivo, tendo impactos na vida das pessoas”, conforme relatado pela Enfermeira 7 que acrescentou:

O (des)cumprimento da carga horária tem gerado situações sui generis e inusitadas no HUCAM, como: escala de serviço elaborada especificamente para 'oficializar' a complementação da carga horária de trabalho e cumprir a jornada de quarenta horas semanais. Isto, na realidade, tem favorecido que os trabalhadores cumpram a escala 'normal' e, muitas vezes, não compareçam nos dias em que têm que fazer as complementações. Inclusive as enfermeiras têm favorecido a realização de trocas informais de plantões nos dias dos plantões e o funcionário que vai substituir o colega não comparece, por diversas razões, inclusive por julgar que já cumpriu a jornada de trabalho.

Essa, estratégia, segundo avaliação das enfermeiras e da direção, tem favorecido o aumento do absenteísmo, o descompromisso e o tempo “ocioso” do trabalhador na instituição, pois o plantão de complementação foi percebido como tempo para descansar: *“eu descanso nas complementações para me preparar para pegar o próximo plantão”* (Auxiliar 3).

Assim, a escala, no período que estivemos em campo, nos mostrou ser um ruído de grandes proporções na instituição e especificamente chamou nossa atenção a do mês de setembro/95, por ter se constituído, na ocasião, num dos ruídos mais insistentes e um dos principais focos de manifestação da insatisfação entre os trabalhadores da enfermagem, no período em que estivemos no campo. Esse assunto, junto a outros que foram se apresentando posteriormente, e as tensões geradas acabaram nos revelando um jeito muito especial de se olhar na instituição o jogo do faz-de-conta, o modo de gerenciar serviços e pessoas pelo método do ‘jeitinho’ e dos acordos. Essas tensões, de certa forma, proporcionaram maior visibilidade aos modos de se expressar os corporativismos entre as categorias, em especial as gestadas a partir dos acordos, onde, quem menos tem importância é o paciente, a qualidade da assistência ofertada e a própria finalidade do existir do serviço público e de seus servidores.

Essa escala mostrou, ainda, o quanto as reflexões sobre a assistência prestada estão fragmentadas, burocratizadas (ou diluídas) no dia-a-dia das preocupações manifestas pelos diferentes grupos na instituição. As tensões captadas, ao deixarem emergir expressões dos conflitos e dos distintos poderes entre os diferentes sujeitos institucionais, colocam em evidência questões referidas ao modelo de gestão e neles as de Recursos Humanos.

Ao se apreender a elaboração da escala, enquanto um instrumento privilegiado nos estilos de trabalho das enfermeiras, observou-se o quanto a mesma consome energia, poder de barganha, tempo e empobrece as relações entre as pessoas na instituição. As cenas que antecedem a montagem da escala que se afigura como um dos instrumentos e mecanismos de controle, centralismo e poder, utilizados na instituição, pelas enfermeiras, acaba tornando-se, também, um forte instrumento de *stress*, insatisfação e desgaste emocional para a equipe, pelos conflitos que a mesma gera, na relação da enfermagem com a direção e entre o pessoal de enfermagem. Percebemos, nesse processo, o quanto a falta de comunicação se evidencia entre as distintas partes, pois, embora as enfermeiras afirmassem diversas vezes estarem “abertas” às sugestões dos funcionários, o que se observou em campo foi um diálogo de “surdos/mudos” entre as partes, pois, nem enfermeiras nem o pessoal auxiliar demonstraram prontidão e fizeram esforços para “negociar” algumas situações que se apresentaram insatisfatórias devido à escala apresentada aos funcionários nos setores.

As dificuldades na comunicação e nas relações interpessoais nos levaram a constatar que, diante do impasse referente aos freqüentes atrasos da Auxiliar 3, a Enfermeira tomou a “decisão” de não mais procurar a funcionária para falar sobre esse assunto, e sim abrir um processo administrativo para “tentar” punir a funcionária, devido aos atrasos e mesmo à falta aos plantões e, por outro lado, a funcionária se “*achava no direito de não dar satisfação à chefe*”, justificando-se pela forma como foi chamada à atenção e porque a enfermeira “*fica sempre no meu pé. Tem tempo que eu pedi para sair desse plantão, mas ela não me muda de plantão*”.

A respeito da dificuldade de comunicação na equipe, Silva (1997, p.235) observou que as enfermeiras consideram que as funcionárias de enfermagem deveriam

...conversar com elas para alterar a escala, mas não consideravam que elas precisavam conversar com os funcionários sobre o mesmo assunto, como se a hierarquia funcional e a formação técnica diferenciada lhes outorgasse quase um poder inquisitorial para definir as atividades do trabalho dos agentes subordinados.

A fala da Auxiliar 2 expressou, de certa forma, muitas das razões para o descontentamento do pessoal auxiliar com a jornada de trabalho e a escala, a partir da constatação

...do pouco caso e do desrespeito da instituição e das chefias, por não se esforçarem para que os nossos pedidos e reivindicações sejam atendidos, como, por exemplo, os pedidos de folga para determinados dias ou períodos, a sobrecarga de trabalho ou mesmo por pedidos de mudanças de turno e, mudança de plantão por (in)compatibilidade com determinado colega ou por não se adaptar ao setor. Não me conformo com os privilégios das enfermeiras e do resto do pessoal com a carga horária. Para eles tudo é permitido, por isso que quando não fico satisfeita eu falto mesmo.

Percebemos que a “escala” tem também a função de canalizar algumas reivindicações dos funcionários, caracterizando-se muitas vezes em “fontes” de disputas e solicitações por determinado espaço e tarefas advindas desse trabalho.

Identificamos, assim, uma outra função da escala: a confrontação de forças na equipe, usando-se, muitas vezes, a “falta ao serviço e o atraso” como formas de deixar transparecer o descontentamento e a insatisfação com as enfermeiras, os colegas de trabalho, com a tarefa de forma geral e a instituição.

Pôde-se constatar que as principais reivindicações estão voltadas para os próprios interesses e, no máximo, das corporações. As relações estabelecidas em cima do “ignorar o outro” ou de não compreender as razões que levam a determinada conduta se dão no desconhecimento do potencial da equipe; no não valorizar as aptidões e motivações para estarem exercendo atividades em setores com que tenham maior identificação; na impossibilidade de escutar as justificativas do outro. Isso percebemos nos diálogos rotineiros entre as equipes e se expressou, de certa forma, na fala da Auxiliar 4:

...não sei porque a enfermeira X pergunta a preferência de folgas, ou pede nossa sugestão, pois ela dificilmente atende os nossos pedidos. Parece até que ela faz isto de propósito. Eu que não vou conversar com ela, já estou cheia de conversa.

Via de regra, constatamos que os “acordos” têm sido “oficializados” como paliativos para justificar “soluções ou alternativas” às condições de trabalho ruins e aos

baixos salários, dentre outras situações. Eles (os acordos), na realidade, têm ocorrido em momentos propícios para sedimentar poderes político-eleitorais e não para sedimentar propósitos que envolvam discussões menos corporativas e mais voltadas para refletir sobre o significado do trabalhar em atividades tão intensivas e estressantes como a enfermagem, por exemplo, cujas jornadas de trabalho, reconhecidamente, têm sido tão diferenciadas dos outros grupos profissionais, sendo extenuantes, com tantas especificidades e, cuja atividade é exercida em condições de riscos sempre presentes e, muitas vezes, alarmantes para a segurança tanto dos pacientes quanto dos funcionários.

Os riscos, conforme constatado por Lima (1988), quando observados sob o ponto de vista do pessoal auxiliar, deixam transparecer que esses trabalhadores, mais que os demais, estão nos espaços profissionais estressados, adoecidos e mesmo despreparados e desatualizados para atender a tantas demandas e a freqüentes incorporações de “novas” tecnologias. Muitos desses profissionais têm cumprido jornadas ininterruptas de 12 e/ou 24 horas de trabalho, sendo *“quem efetivamente tem feito o serviço pesado, o cuidado direto aos pacientes e somos nós, os auxiliares, quem temos colocado a mão nos pacientes”*, segundo a afirmação da Auxiliar 1.

As subjetividades presentes no trabalho da enfermagem tomam forma, dentre tantas situações, a partir dos problemas gerados pela elaboração da escala, nos moldes atuais, uma vez que esse instrumento não tem contribuído para se refletir o quanto a mesma, ao ser parte dos processos que organizam o trabalho da enfermagem, tem “impactado” a assistência de enfermagem, ao estar agregando pessoas com tão altos graus de insatisfação. Nesse sentido, o trabalho da enfermagem acaba se constituindo em riscos para os trabalhadores e em particular para os pacientes, impotentes, diante de profissionais exauridos, estressados, desatualizados e com níveis de insatisfação tão exacerbada. A atual concepção de elaboração das escalas nas instituições e de outros instrumentos utilizados para organizar o trabalho tem, consensualmente, se tornado um grande problema, pela necessidade de agregar tantas situações críticas. A Enfermeira 4, levantando algumas dessas necessidades, afirmou

...a escala tem sido um problema de difícil solução, porque com ela queremos e temos que conciliar várias necessidades e deficiências, tais como, as necessidades dos setores e instituições; as

necessidades dos trabalhadores e por fim (último) as necessidades dos pacientes. Temos ainda que inventar como suprir os crônicos déficits de pessoal, devido, principalmente, ao número de afastamentos por atestados médicos e outras formas de absenteísmo e mesmo porque, simplesmente falta pessoal para fechar a escala.⁶¹

A seguir, vamos apresentar algumas das necessidades captadas pela Enfermeira 4, e que a mesma julga que interferem nos problemas institucionais/profissionais e atravessam também esta discussão sobre a escala. Os problemas são descritos como:

... necessidades dos setores e da instituição: organizar os setores, deixar registrado e documentado a presença do trabalhador na instituição, atuar na formação de recursos humanos e prestar assistência de saúde. Agregar as equipes de trabalho por unidade de serviço (clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, etc.). Tem que agregar funcionários capazes de dar conta das demandas do setor, prestando assistência aos pacientes nas 24 horas da presença da enfermagem na instituição, através de procedimentos como a higienização, o banho no leito, os curativos, a terapêutica medicamentosa, tendo ainda que atender aos pedidos dos docentes, alunos, médicos e outros trabalhadores. As necessidades dos funcionários: são descritas como a necessidade de agregar as equipes de trabalho, de forma que os relacionamentos ocorram com o mínimo de conflito, definir um local de trabalho previamente (de)marcado e compatibilizar os horários de trabalho com os vínculos empregatícios (duplos vínculos), uma vez, que os horários de saída e entrada dos trabalhadores nos diferentes empregos se dão no mesmo horário, como, por exemplo: entrar no HUCAM às sete horas e sair de outro hospital também às sete horas, tendo que passar plantão no mesmo horário, nas duas instituições. Precisa, ainda, exercer as atividades nos locais onde os funcionários tenham maior experiência e afinidade (de preferência, mas não necessariamente isto ocorre ou é possível de acontecer); as necessidades do paciente: ser percebido como pessoa, ser ouvido em suas necessidades (queixas, respeito às suas ansiedades, à sua individualidade, às dúvidas e os medos). Receber cuidados de enfermagem, de preferência sem risco ou com o mínimo de risco possível, preferencialmente, por pessoas de bom humor e qualificadas do ponto de vista do conhecimento, da ética, da atenção, da solidariedade e da humanização.

⁶¹ Fechar a escala está relacionado a ter ou não o número de funcionários suficientes (quantitativamente) para cobrir os turnos (24 horas) de trabalho das equipes que são formadas para trabalhar nos diversos setores, nos dias pares e nos dias ímpares do mês.

Os problemas relacionados à escala, por estar implícita nela a jornada de trabalho, no dizer dos trabalhadores e dos dirigentes, conforme destacamos na fala da Enfermeira 3, têm sido um dos mais frequentes problemas político-administrativos na instituição HUCAM e cuja luz no final do túnel parece estar longe de se avistar, pelos muitos interesses em jogo, uma vez que as *“concessões têm se (re)afirmado pelos frequentes acordos, gestão, pós-gestão, sendo parte dos muitos acordos institucionais e mesmo eleitorais no HUCAM/UFES”*, com impactos imediatos nas formas de (re)produzir o (des)cuidado aos usuários necessitados dos serviços ofertados por essa instituição. Essa forma de fazer andar a instituição tem tido “impactos” imediatos nos modos de se (re)produzir o ritual da passagem de plantão e no remanejamento de pessoal nos setores, cotidianamente, pela enfermagem e, ao se deparar com as diferentes formas da manifestação da “ausência” do trabalhador na sua unidade de trabalho, conforme consta formalmente na escala de trabalho.

A respeito da importância dada à escala na organização do trabalho da enfermagem, Silva Lima (1998, p.233) constatou que esse instrumento está diretamente articulado às atividades de supervisão em função *“do caráter predominantemente de controle e por outro, pelas dimensões de poderes e alienação que perpassa”*.

Para a autora, a elaboração da escala constitui-se numa tarefa *“técnico-administrativa, ao mesmo tempo que se caracteriza como um instrumento para se executar o poder disciplinar”*.

Assim como nós, Silva (1997, p.234) também constatou que a

...escala toma tempo e é uma grande (pre)ocupação no trabalho das enfermeiras que reclamavam do não cumprimento do planejamento efetuado e estabelecido através da escala.

Outra constatação semelhante à encontrada por Silva (1997) se deu pela percepção do quanto a escala dimensiona a fragmentação do trabalho e dos pacientes, fazendo com que, como já afirmado, os trabalhadores se alienem do seu trabalho e particularmente não percebam integralmente as demandas dos pacientes, ou seja, como afirma a autora, *“trabalham como se estivessem produzindo ações numa linha de montagem”*.

Enfim, o campo nos mostrou o quanto a escala foi sendo utilizada pelas enfermeiras para burocratizar suas ações e exercer estilos de ação político-institucionais autoritários e conservadores, em particular ao se sustentar nas ações de controlar e servir, fundamentalmente, para dar conta da jornada de trabalho, ficando a reboque a avaliação e mesmo preocupações mais concretas com a qualidade e resultados dos trabalhos executados. Esse instrumento, conforme foi sendo apreendido, não tem servido sequer para redimensionar o pessoal qualitativamente e para o aprofundamento do planejamento de novas metas para se organizar o trabalho para a enfermagem e, conseqüentemente, para a instituição.

3.4.2 O ritual cotidiano da passagem de plantão

A enfermagem (re)produzindo o ritual da passagem de plantão no cotidiano hospitalar

O trabalho da enfermagem, no dia-a-dia, se organiza a partir da concretização de alguns rituais, dentre eles, certamente, tem se destacado o ritual da passagem de plantão, quando toda a equipe de enfermagem “visita” as enfermarias, verificando como se efetivou a jornada de trabalho. Detectam-se, na ocasião, as intercorrências com a equipe e com os pacientes. Esse é, em tese, um momento que deveria deixar emergir a comunicação e integração entre aqueles trabalhadores de enfermagem que encerram mais uma jornada de trabalho e aqueles que estão iniciando a jornada, ou seja, é um momento de intercessão e participação entre as duas equipes de trabalho.

A grande totalidade das instituições hospitalares de que temos conhecimento e onde pesquisamos o assunto tem como rotina e norma determinar o horário da passagem de plantão, em especial, às 7 horas e às 19 horas, havendo algumas variações de turnos, como no horário vespertino, mas a regra tem sido a de estabelecer esses horários, já citados (plantão diurno e o plantão noturno). Aí começam muitos problemas associados a essa atividade, perdendo, assim, esse instrumento de trabalho das enfermeiras um de seus principais objetivos – a integração e comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, na justaposição e continuidade dos turnos de trabalho.

A bibliografia sobre esse tema, expressa por autores como Silva (1998), refere que a passagem de plantão, tem, dentre seus objetivos, (re)organizar, na cotidianidade, o trabalho na equipe de enfermagem e integrar as equipes de enfermagem a partir da comunicação da dinâmica do trabalho. Sendo assim, esse é um ritual incorporado ao processo de trabalho desses profissionais. Então, que situações têm contribuído para que a passagem de plantão se torne um problema de “recursos humanos” com impactos na assistência e nas demais formas de se organizar e gerenciar os serviços?

Silva Lima (1998, p.177), a respeito, afirma que a passagem de plantão é um dos instrumentos de trabalho das enfermeiras que *“reúne os agentes de enfermagem entre os turnos de trabalho, para transmissão de informações”*.

Assim como essa autora, temos identificado que a passagem de plantão tem sido um espaço singular, onde deveriam estar presentes muitas das características que dão singularidade à organização do trabalho na enfermagem. Compreendemos que a passagem de plantão, por ser um dos momentos raros de encontro das equipes, poderia ter ainda uma função pedagógica, em que haveria não só trocas de informações e cobranças pelo que não foi feito, mas se tornar um espaço de discussão, comunicação e aprendizado sobre patologias, o reforço na comunicação de algumas rotinas que são implantadas muitas vezes sem uma maior informação da equipe e outras possibilidades que esse momento, se usado com objetividade, poderia proporcionar para qualificar a assistência de enfermagem.

A Enfermeira 3, a respeito da passagem de plantão, afirmou

...eu acho que a passagem de plantão da enfermagem deveria ser melhor aproveitada. Eu não entendo para que existe, se é só para irmos falando com o funcionário o que não foi feito, ou então para dizer apenas ‘esse aqui é fulaninho’, sem que ocorra nenhuma ação educativa para a equipe.

A ausência da integração desse ato propicia que se destaque a divisão do trabalho, a partir da fragmentação das tarefas entre os diferentes componentes da equipe, subdivididos conforme a formação desses agentes. Particularmente, vai realçando a descontinuidade das ações devido às questões da divisão e hierarquização do trabalho, e a dificuldade de comunicação entre esses protagonistas.

Silva Lima (1998, p.169) adverte que a distribuição da escala diária de trabalho, quando da passagem de plantão, tem como

...objetivo dividir as atividades diariamente e reflete o modelo de organização do cuidado adotado na unidade de internação. Constitui-se em um momento de trabalho intelectual e é realizado pela enfermeira, que detém as atividades de concepção.

A percepção da enfermagem acerca do ritual da passagem de plantão tem se produzido a partir de discursos que defendem a “imprescindibilidade” desse ritual. Idealmente, as estruturas discursivas que dão sustentação à “defesa” da passagem de plantão, são produzidas pelas falas sobre a necessidade da “*integralidade das ações de enfermagem, a partir da comunicação e transmissão de mensagens entre as equipes nos turnos de trabalho*”. Esse discurso tem sido um dos sustentáculos para a manutenção desse ritual, segundo a Enfermeira 1.

Essa Enfermeira deixou revelar um discurso, em que a importância da passagem de plantão se efetiva por ser este

...um momento único em que a equipe de enfermagem consegue aglutinar dois turnos de trabalho, integrando as equipes, de forma que não ocorra processo de descontinuidade das ações de enfermagem nas 24 horas da assistência. É neste momento que se checa o que foi, ou não, feito, se cobra responsabilidades, se visita os pacientes e se verifica se tudo correu bem, como foi feito e também ouvimos as queixas e os pedidos dos pacientes. É um momento, também, para designar as tarefas a serem executadas pelos auxiliares. Acho que a passagem de plantão ajuda a (re)direcionar o nosso trabalho todo dia.

A passagem de plantão, segundo a Enfermeira 3,

...é um momento só nosso da enfermagem com o paciente, que propicia a (re)organização da equipe e a (re)distribuição de tarefas para os funcionários, sendo, também um momento de angústia, ao se observar que faltou um funcionário e os que vieram não aceitam nossas ordens para serem remanejados para outros setores. É na passagem de plantão que muitas vezes se percebem os furos da enfermagem, como, por exemplo, medicamento que não foi

feito, mas está checado como 'OK'; os exames que não foram providenciados ou o paciente que não foi preparado para isto, a fala da enfermagem do 'dormiu bem' quando o paciente faz um relato contrário, com muitas queixas.

O discurso da enfermagem, sobre a passagem de plantão, revelou um cenário onde a (re)organização cotidiana do processo de trabalho se efetivou mais uma vez a partir do controle de tarefas, ou seja, da checagem das atividades delegadas aos funcionários, muitas delas dimensionadas a partir da qualificação profissional de cada membro da equipe. Revelou também a impessoalidade na relação da equipe com os pacientes.

Na divisão do trabalho, o auxiliar tem um papel pré-determinado que raramente se renova no dia-a-dia. É importante realçar, na apreensão desses momentos, os papéis desempenhados pelos distintos profissionais na enfermagem, em que eles são, muitas vezes, exercidos de forma desintegrada, fragmentada e onde cada um dos profissionais mostrou ser o dono de um pedacinho do processo de trabalho e, conseqüentemente, da assistência ao paciente. Observamos, também, numa das unidades clínicas, a “afetividade” se manifestando mediante o uso recorrente de termos no diminutivo para “nomear” as pessoas. O tratamento é infantilizado, infantilizando o indivíduo. A Auxiliar 2 falava para a colega: *“Essa vovozinha não deixou ninguém dormir, reclamou de dor a noite toda. Deve estar sentido dor mesmo, pois ela é sempre tão boazinha, quietinha”*.

A perda da identidade do paciente ficou patente nas muitas formas de se abordar e relacionar com os pacientes e mesmo entre os diferentes agentes institucionais.

Raramente percebemos, na passagem de plantão, a equipe identificar os pacientes por seus nomes. Geralmente a norma que a enfermagem utilizou e que também percebemos sendo usada na visita médica foi a impessoalidade, em que o paciente passa a ser “conhecido” ou pela enfermaria tal, leito tal, ou pela patologia pela qual foi internado, conforme deixou transparecer a Auxiliar 4, referindo-se a uma paciente: *“Essa aqui eu não conheço. Veio da URO? Deve ter internado no final de semana. Como é mesmo o seu nome, minha filha?”*

Percebemos ainda, nesses momentos do ritual da passagem de plantão, o pessoal auxiliar resistindo, no sentido em que eles vão se reorganizando entre si, após lhes ser “designado” pelas chefes enfermeiras o que deveriam fazer, quem e onde fazer. Dessa forma, os funcionários vão mostrando, claramente, não ser um grupo que “aceita ordens”

passivamente, como muitas vezes acreditam e podem querer crer as enfermeiras. As ordens delegadas pelas “chefias”, percebemos que, muitas vezes, são questionadas pelo pessoal auxiliar e, freqüentemente, isso gera focos de discórdias e tensões na equipe, em particular na relação com as enfermeiras, que se sentem “*desrespeitadas ao serem questionadas*”.

A visão da Enfermeira 9 não se efetivou concretamente. Ela declarou que

...é na passagem de plantão que conversamos com os funcionários e vamos distribuindo as tarefas dos funcionários. Eu procuro, na organização, considerar alguns aspectos, como: a formação do funcionário (auxiliar, técnico ou atendente); procuro, ainda, ver quem ficou no plantão anterior com as tarefas mais pesadas e compensar no outro, mas nem sempre isto é possível, pois temos muitas faltas, atestados, remanejamentos e isto atrapalha, impedindo às vezes de se usar algum critério.

A ação cotidiana da passagem de plantão mostrou cenas em que esse ritual se apresentou por meio de imagens nem sempre agradáveis aos pacientes, uma vez que o discurso do ideal não corresponde ao real vivido, sendo muitas vezes contraditório o que foi expresso pela equipe de enfermagem e o vivenciado pelos pacientes. Podemos descrever uma das cenas captadas em determinado dia da passagem de plantão, quando uma das funcionárias de enfermagem foi relatando para o grupo como, naquela enfermaria, os pacientes haviam passado a noite: “*O Sr. José passou a noite bem, não apresentou nenhuma anormalidade*”. O Sr. José olha, constrangido, interrompe e afirma:

...esta noite teve muito barulho, nós quase não dormimos. Chamei a enfermeira e ninguém veio me ajudar. Aquele paciente da enfermaria ao lado ficou agitado a noite toda e eu fico assustado, quietinho no meu canto.

No discurso da maioria dos protagonistas institucionais, a passagem de plantão da equipe de enfermagem tem se constituído num problema que tem sido revelado de forma genérica e com muitas abstrações, cujas explicações são associadas ao próprio horário determinado para a realização desse procedimento. Tem chamado a atenção a gradual perda de importância e significado, para a equipe, dessa ação, ocasionando rupturas entre os discursos idealizados (de importância) e o real vivido cotidianamente (o descompromisso,

revelado nos atrasos, nas interrupções com conversas paralelas; nas entradas e saídas freqüentes da equipe no transcorrer da passagem de plantão; nas equipes incompletas). Enfim, se notabilizou pelo pouco caso e automatismo de mais uma rotina e ritual que tem que ser cumprido. Não importa como e com que resultado, cumpre-se a norma estabelecida de que às 7 horas e às 19 horas haverá a passagem ou troca de plantão.

O descompromisso e o automatismo, como afirmou a Enfermeira 7, embutidos nessa ação, instituída como parte do processo de trabalho da enfermagem, tem, na realidade, contribuído para fortalecer, ainda mais, os laços do (des)cuidado na relação com os pacientes e, mesmo, tem contribuído para que os automatismos das ações do dia-a-dia se realizem. Para a Enfermeira 7,

...sem que muitas vezes se conheça as patologias dos pacientes e os planos de cuidados elaborados para viabilizar o cuidado de enfermagem. O contato com o paciente pode estar limitado à leitura do prontuário ou livros de ocorrências.

Na realidade, a passagem de plantão perdeu importância, como importância parecem ter perdido muitas coisas no setor público de saúde e não só no HUCAM e na enfermagem daqui, inclusive “a seriedade e comprometimento para prestar o cuidado ao paciente e o interesse em conhecer as necessidades e dificuldades dos pacientes e mesmo dos colegas”, como afirmou a Auxiliar 5.

Segundo a Auxiliar 2,

...eu trabalho a mais de vinte anos na enfermagem e o que eu vejo é que esse pessoal mais novo não está com nada. Vivem cansados, doentes, não se preocupam com os pacientes. Perdemos muitas coisas que antigamente eram importantes para a enfermagem. Quando se pegava o plantão, o colega conversava com o outro, falava os sinais vitais e podia se confiar, hoje dá até medo. Está todo mundo com pressa, apressado para pegar o outro emprego, para ir embora daqui. Vejo essas meninas novas tratarem as chefes com tanta intimidade, como se fossem uma pessoa qualquer. Antes, chefe era chefe, se respeitava e respeitava a gente; até hoje eu falo “Dona Ivete”, “Dona Eliana”, eu respeito elas. Mas também tem muita chefe que não se dá ao respeito, não é humilde. Acho que é por isso que a enfermagem tá perdendo o respeito para os outros e para nós mesmos.

A Enfermeira 11, ao comentar com uma colega, na sala de reuniões da Divisão de Enfermagem, sobre a importância da passagem de plantão para a organização do trabalho da equipe de enfermagem e os problemas que têm gerado, ao viabilizar essa rotina, (re)afirmou o quanto esse procedimento,

...tem sido deixado de lado no HUCAM e parece não incomodar as pessoas, tendo impactos na assistência e na nossa relação com a equipe de forma geral, pois quando um procedimento não é feito, é em cima nós que os médicos, geralmente, vêm reclamar.

Os filmes revelados sobre essa questão deixaram antever a necessidade de se (re)discutir determinadas rotinas pela enfermagem e na instituição de forma geral, buscando-se alternativas reais e exequíveis, devido aos muitos problemas concretos que essa situação têm acarretado para a instituição, seus profissionais e os usuários desses serviços, até porque a dinâmica institucional e as rotinas devem estar atentas às novas necessidades que vão surgindo. Para a Enfermeira 9,

...se hoje, a realidade da maioria de nós é de dois vínculos empregatícios, isso nós não podemos escamotear, fingir que não existe, pois está atrapalhando o serviço. Mas, ao mesmo tempo, nós precisamos de outro emprego, não dá para sobreviver com o salário só do HUCAM.

Tanto é assim que a Enfermeira 3 acrescenta que, embora reconheça a importância da passagem de plantão, a mesma, tal qual tem sido realizada, tem contribuído muito pouco para dar realmente efetividade, resolutividade e integrar as ações de enfermagem. Ao descrever a passagem de plantão, tomando como exemplo o início de um dia de trabalho que deveria começar às 7 horas da manhã, essa Enfermeira faz desenrolar um filme cujas cenas dão bem a dimensão do empobrecimento e perda de significado desse ritual para a instituição e seus trabalhadores. Segundo ela,

...o dia-a-dia começa às sete horas da manhã, então, a maioria dos funcionários mora muito longe, moram longe da instituição. Quer dizer, tem que pegar um ônibus. A maioria deles vem sem tomar café da manhã e o hospital não oferece café da

manhã para ninguém; então, eles já chegam com fome. Eles chegam no serviço, pegam o plantão e a maioria deles já chega atrasado. Muitos vêm de outros empregos, pegam o plantão, vão sabendo das coisas no transcorrer do plantão ou ao ler os prontuários e, no caso das enfermeiras, o livro de ocorrências, ou mesmo perguntando aos colegas, aos pacientes o que aconteceu ou o que precisa ser feito. Isto tem se tornado um dos grandes problemas no hospital – a passagem de plantão. A maioria dos funcionários vêm de outro emprego, ou quando não vêm de outro emprego chegam atrasados assim mesmo, já é costume. Os que têm outro emprego se atrasam. Muitos deles saem do outro emprego às 7 horas e entram aqui no HUCAM, também, às 7 horas. Agora quem mais chega atrasado são, principalmente, os funcionários mais antigos da universidade. Eles já têm o hábito de chegar às 7 h 15 min e 7h 30 min. Depois que os funcionários chegam, eles vão tomar café na copa ao lado. A gente vai esperar a roupa chegar da lavanderia, que só chega depois das oito horas e sempre em pouca quantidade. Depois espera o material esterilizado, ou seja, só se começa a trabalhar mesmo lá para às oito horas, com boa vontade. Para mim, os enfermeiros vivem dizendo que a passagem de plantão é importante para o trabalho da equipe de enfermagem, mas há muito não tem a passagem de plantão total. Eu mesmo recebo a passagem de plantão total (todas as enfermarias) todo dia. Só que é assim: não é a equipe inteira que recebe o plantão, porque nem todo mundo chegou e o pessoal da noite quer ir embora; eles estão no direito deles, né? Eu passo o plantão com quem está na enfermaria e vejo as providências a serem tomadas, assim como as intercorrências, tem a visita médica, os residentes, internos. Depois começam a subir os pacientes para internar e daqui a pouco vem o horário de almoço. O hospital também não dá almoço para o funcionário, nem o ticket. Alguns deles trazem marmita. Tem funcionário que vai até em casa almoçar. Verdade! Vai em casa almoçar e, muitas vezes, Rita, a gente tem que fazer vista grossa. Infelizmente, é essa a realidade do hospital. Por que você tem que fazer vista grossa? Porque o outro enfermeiro que estava antes de mim também deveria fazer vista grossa. Duvido que a enfermeira anterior não soubesse disso, pois estava aqui há anos, trabalhando. E a sua chefia imediata, no caso a minha chefia, ela cobra essas coisas? Mas como eu vou fazer com isso? Administrar isso? É muito difícil. Outro problema que se verifica na passagem de plantão é que não existe integração do enfermeiro da manhã com o da tarde e nem com o da noite. Não existe! Até porque tem outro problema que é o seguinte: a maioria dos enfermeiros aqui tem dois empregos. Eu, por exemplo, não passo plantão com a enfermeira e com toda a equipe. Tudo que eu quero deixar, eu deixo para a minha colega da tarde, no livro, no relatório da Divisão de Enfermagem. Então, não tem passagem de plantão, entre eu e ela, não existe, porque eu saio daqui meia hora antes, porque eu entro meia hora

mais cedo. Eu compenso minha carga horária. Ela chega meia hora depois e sai meia hora depois. Eu tenho funcionários que trabalham no Hospital X e liberam para ele sair aqui do HUCAM às quinze para as sete. Dai você verifica que é impossível querer passar plantão direito com esta realidade. Eu acho que nunca ninguém repensou este horário. Aqui, pelo menos no Estado, ninguém entrou oito da manhã e saiu oito da noite por exemplo. Mas seria uma coisa interessante, repensar os objetivos e o porquê da passagem de plantão, porque eu acredito que todos os hospitais têm o mesmo problema e nesta situação, na realidade, de antemão, se sabe que alguém vai ser lesado e do jeito que está acontecendo a passagem de plantão eu não vejo sentido.

Algumas das práticas apreendidas em campo nos mostraram a necessidade de se (re)visitar e refletir sobre determinadas rotinas e normas institucionais que têm interferido “negativamente”, no dia-a-dia institucional do HUCAM. Muitas rotinas e muitas normas estão por merecer uma (re)discussão mais aprofundada e sem corporativismo, uma vez que elas têm trazido, no seu bojo, “problemas”, que afetam sobremaneira os modos de fazer andar a instituição no seu dia-a-dia e nele a qualidade da assistência.

Os reflexos de muitas dessas situações têm ficado bastante evidentes na enfermagem, como as formas de se estabelecer as prioridades que são dadas aos conteúdos que têm sido enfatizados nos processos de formação dos diferentes trabalhadores da enfermagem; a representação quantitativa e qualitativa da força de trabalho da enfermagem; além da fragilidade político-organizacional dessa categoria e os pactos de responsabilizações dos diferentes profissionais. Falta, ainda, a definição do que seja problema, suas causas e a vontade político-administrativa para romper os elos que tem “impactado” negativamente essa corrente.

Percebemos que muitas situações (re)produzem não apenas os modos de mostrar a organização de trabalho na enfermagem e seus problemas, mas também as muitas opções institucionais do que declaram, como sendo problema de saúde e/ou institucional para viabilizar as missões institucionais, as políticas de saúde e nelas as de Recursos Humanos. Essas escolhas, de acordo com Leopardi (1995, p. 10), tem a ver com o “*modo de se fazer um trabalho, sendo que isto sempre se constitui em matéria política e ética*”.

Silva Lima (1998, p.169), apontando problemas decorrentes do atual modelo de passagem de plantão, adverte que é possível se identificar, na passagem de plantão, o

quanto a organização do trabalho da enfermagem se baseia na tarefa. Para a autora, “a equipe de enfermagem presta cuidados a um grupo de pacientes, sob a forma de designação por tarefas, sem que haja continuidade do cuidado dentro da equipe de enfermagem”.

Pudemos observar a dimensão da fragmentação do cuidado, ao se “dividir” o paciente em partes a serem cuidadas por diferentes agentes institucionais. Essa divisão, na realidade, tem em seu cerne a lógica da divisão social/técnica do trabalho.

Silva (1998, p.170), a respeito, identifica que a divisão do trabalho da equipe de enfermagem, determinada, muitas vezes, quando da passagem de plantão, traz, como consequência,

...vários agentes da equipe de enfermagem, atendendo a um mesmo paciente, de modo que há um funcionário dando medicação e outro dando banho ou verificando sinais vitais, com pouco sincronismo entre as partes da assistência prestada e pouca comunicação entre os agentes.

Na realidade, a organização do cuidado, tomando como lógica a delegação de tarefas, aliena os trabalhadores do seu processo de trabalho, levando, segundo Silva Lima (1998, p.171), à “divisão” do paciente, que é atendido por várias pessoas, cada uma realizando uma parte do cuidado e a enfermeira, mesmo exercendo atividades de concepção do trabalho, por vezes perde a visão do conjunto da atividade, devido à fragmentação das ações e à preocupação com a execução das tarefas. Até o número de pacientes que tem sob seus cuidados muitas vezes ela (a enfermeira) desconhece.

A passagem de plantão, assim como a elaboração da escala de serviço, e as formas de se efetivar os remanejamentos permitiram desvendar lugares que evidenciaram, entre tantas coisas, as tensões acerca dos modos de se gerenciar e organizar os serviços. A jornada de trabalho, nelas implícitas, deixa, ainda, transparecer as opções sobre a qualidade da assistência, do cuidado e as formas de se relacionar com o outro na instituição. Os ruídos apreendidos são muito mais abrangentes do que aparentemente possam parecer. E não estão na sua solução apenas esforços que apontem para a diminuição da jornada de trabalho e da duplicidade dos vínculos empregatícios, ou apenas melhorias no salário, como puderam deixar antever alguns protagonistas institucionais situados tanto na enfermagem quanto na

direção do hospital. Muitas das soluções passam necessariamente pelas opções assistenciais, engendradas no jogo político produzido diariamente na e fora da instituição, inclusive sendo parte daqueles jogos institucionais que compõem e justificam a existência da enfermagem no HUCAM, estando no enfrentamento das situações indesejáveis produzidas nas relações dos diferentes protagonistas institucionais um dos caminhos para se encontrar respostas a essas situações.

3.4.3 O absenteísmo: um revelador institucional

Certamente, dentre os problemas identificados pelas enfermeiras, para cotidianamente realizarem a supervisão dos trabalhadores de enfermagem, se destacou a ação de remanejamento,⁶² como a ação com que as enfermeiras se sentem mais insatisfeitas, em decorrência, a maioria das vezes, das faltas dos trabalhadores.

Dado semelhante pudemos identificar em pesquisa que coordenamos, com alunos do curso de Graduação em Enfermagem,⁶³ quando se identificou que o remanejamento de pessoal foi o item a que as enfermeiras se referiram como o que mais lhes causa insatisfação, aborrecimento e gasto do tempo de trabalho.

Dentre os motivos alegados pelas protagonistas enfermeiras, para a sua insatisfação em estar todo dia fazendo remanejamento, destacamos a fala da Enfermeira 6.

Eu detesto fazer remanejamento. Já vou para o setor tensa, pois dificilmente os funcionários, e com razão, querem sair dos seus setores e temos quase que implorar para eles irem para o lugar que está precisando de pessoal. Isso quando não temos que telefonar pedindo para o funcionário vir trabalhar, sem ser o plantão dele, já fizemos muito isso aqui. Esse é um momento de muito confronto da nossa autoridade com os funcionários.

⁶² Remanejamento: é a troca do funcionário de um setor/atividade para outro, geralmente utilizado para completar as equipes, no setor, em decorrência da falta de pessoal ou necessidade do setor.

⁶³ Em pesquisa que coordenamos, realizada por alunos – Santos, C. L. et al. (1998) – sobre supervisão, o remanejamento compareceu 100%, como a atividade que mais as enfermeiras realizaram e mais lhes causou insatisfação.

A respeito, a Auxiliar 3 afirma também não gostar de ser remanejada: “*Eu vou porque não tem outro jeito, pois os pacientes é que são sempre prejudicados, quando falta alguém, mas eu acho um absurdo ir para um setor que não conheço direito*”.

A face oculta do remanejamento tem sido, assim, revelada pela falta ao trabalho, por diversos motivos, tais como, as justificativas por doença, falta sem justificativa, licenças....

Em estudo que realizamos no HUCAM, em 1990, identificamos o absenteísmo como um dos problemas mais focalizados para se gerenciar os recursos humanos na enfermagem.

Sobre esse tema, pudemos captar que os autores, que têm trabalhado com a temática do absenteísmo, significam esse acontecimento como indesejável, mas previsível nas instituições.

O termo absenteísmo deriva da palavra absentismo, significando, segundo Cruz (1990, p.65), o não comparecimento, “*estar ausente, hábito de não comparecer ao trabalho, a uma reunião, falta de assiduidade*”.

Na realidade, conforme se pôde constatar, a ausência do trabalhador desorganiza o trabalho da equipe; altera a qualidade e quantidade do atendimento prestado; aumenta as possibilidades de acidentes e dos riscos ocupacionais; e, no que diz respeito à ausência do trabalhador de enfermagem no seu local de trabalho, isso não é diferente.

Autores como Codo (1995), Pitta (1990) e Dejours (1987) identificaram que o absenteísmo tem se figurado como parte do processo do adoecimento dos trabalhadores, doenças essas muitas vezes produzidas em decorrência das dificuldades próprias da organização do trabalho.

Esses autores apontam também que, muitas vezes, a “falta” ao trabalho tem significado uma tentativa de escape para o trabalhador não enfrentar ou se deparar com situações insatisfatórias, decorrentes do trabalho, como: *stress*, sobrecarga de trabalho, condições adversas de trabalho, lidar com a morte, a doença e o sofrimento, dentre outras situações.

No caso do trabalho em saúde, Pitta (1990) adverte que a “penosidade”, a insalubridade, a constante exposição a uma série de fatores de risco são facilitadores para o desencadeamento de doenças ou de sofrimento, em particular quando o trabalho é exercido no espaço hospitalar.

No que se refere ao processo de adoecimento e do sofrimento dos trabalhadores de saúde, observa-se que isso ocorre com muita frequência entre os cuidadores, que cuidam do sofrimento e adoecimento do outro. Sobre esse tema, dois autores têm se revelado na realidade brasileira, Pitta (1994, 1990) e Codo (1995), para analisar os impactos da organização do trabalho na saúde física, mental e na qualidade de vida do trabalhador.

Pitta (1994, p.3) chama a atenção para a complexidade desse debate, independente do caminho ou corrente teórica que se opte em analisá-lo, uma vez que são infinitas as possibilidades de se *“examinar a equação doente, seu cuidador, a organização e os resultados desse múltiplo encontro”*.

Assim, ao estar com olhar voltado para o absenteísmo, enquanto um problema concreto para se organizar o trabalho na enfermagem, fomos instigada, também, assim como Pitta (1994), a buscar, mesmo que limitadamente, algumas explicações sobre o “fenômeno” do adoecimento dos trabalhadores de enfermagem.

De acordo com Pitta (1994, p.7), o processo de adoecer, em nossa sociedade, é particularmente difícil, a partir da lógica em que

...adoecer e morrer ganha um estatuto de incômodo e precariedade na sociedade moderna, impondo um distanciamento do doente da cena doméstica, onde a família e amigos estão incapacitados de intervir em ritos cada vez mais tecnologicizados.

É assim que Frederico Fellini,⁶⁴ citado por Pitta (1994), diante dessa angústia da doença e iminência de morte, revelou, *“atribuir aos médicos, às enfermeiras e às avomarias rezadas por quantos torciam para si, o fato de seguir vivendo”*.

Esse fato, ademais o “medo de morrer” do paciente, de certa forma expressa o “poder” que o sujeito objeto do cuidado vislumbra nos seus cuidadores – os trabalhadores de saúde. De certa forma, esse poder tão onipresente está incorporado também no real ou no imaginário dos próprios trabalhadores.

⁶⁴ O comentário de Pitta, acerca desse fato, faz parte de um artigo publicado no jornal Folha de São Paulo, em 30-08-93, quando o artista Fellini – ao adoecer em decorrência de um derrame cerebral e diante do aparato hospitalar revelou que teve medo de morrer.

Esse “poder” dos trabalhadores para cuidar de pessoas em situações tão fragilizadas torna-os, conforme tem atestado os dois autores já citados, também presas fáceis para se fragilizarem, em particular em seus mecanismos emocionais.

É assim que Pitta (1994, p.11) identifica que o grupo da enfermagem é um dos mais vulneráveis ao adoecimento, em decorrência dessas nuances da organização do trabalho.

A autora constata que, no hospital moderno, cabe às enfermeiras (equipe de enfermagem), pela continuidade do seu trabalho, estarem mais expostas e mobilizadas por sentimentos fortes e contraditórios, na face humanizada da rotina dos serviços, que, justo por esses serviços não serem suficientemente conhecidos e discutidos com as mesmas, torna esse grupo de trabalhadores particularmente vulneráveis a “*trocar de papéis com seus doentes, identificados, projetados, desenvolvendo formações reativas e muitas vezes fugindo (as enfermeiras) para funções administrativas burocráticas, aparentemente mais fáceis*”.

Pitta (1994), caracterizando “quem são os cuidadores”, identificou que os cuidadores modernos são, em sua maioria,

...mulheres, solteiras, brancas, com idade entre 24 e 40 anos, com escolaridade de primeiro para segundo grau; ocupam ocupações artesanais de baixa qualificação; renda per-capita de até dois salários mínimos; jornadas de 10 a 12 horas por dia; e se inserem no mundo do trabalho, exercendo tarefas repetitivas, rotinizadas e, quando saem do trabalho, não têm disposição para lazer e estudar, só querem ‘descansar’.

A autora, em seu estudo, verificou que essas trabalhadoras consideram seu trabalho insalubre, perigoso e adoecem com mais facilidade por problemas físicos e psicossomáticos.

Codo (1995, p.141) identificou que o trabalho da enfermagem se organiza semelhante a uma linha de montagem, em que cada trabalhador tem uma função específica, na qual quem circula é o trabalhador (um faz higiene, outro medicamento...).

Dessa forma, os trabalhadores se transformam em força de trabalho a ser objetivada e comprada de acordo com a demanda da função e, por decorrência, o trabalho de cuidar adquire o caráter de mercadoria.

Nesse contexto, o autor adverte que o cuidado tornado profissão deixa de ser mediado apenas pela afetividade, sacrifício e sacerdócio, uma vez que, ao se estar remunerando o cuidado, além de se esperar que a enfermagem cumpra a missão de

...recuperar o paciente e assisti-lo em sua dor, propicie, também, qualidade a essa assistência e, para tal, é preciso não apenas dominar as técnicas necessárias, mas estar mediado também pela afetividade, nem que a expressão desse afeto seja uma representação necessária, conforme os códigos internalizados pela enfermagem de devoção e generosidade em relação aos pacientes.

Dessa maneira, resta interrogar: *Qual o significado que o cuidado, enquanto mercadoria, passa a ter para os cuidadores, enquanto trabalhadores, e que efeitos isso terá sobre a saúde desses trabalhadores?*

Esse sentido Codo (1995, p.145) apreendeu, em estudo realizado com a categoria das enfermeiras, buscando observar a lógica embutida no trabalho de cuidar, mediado por questões econômicas, como assalariamento, divisão de trabalho, produtividade, quando *“identificou que essas situações têm sido facilitadoras dos conflitos investir, desinvestir afeto na relação com o paciente”*.

Pitta (1990, p.61), ao caracterizar o cotidiano do trabalho em saúde das enfermeiras, identificou que esse trabalho

...suscita sentimentos fortes e contraditórios, como piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes, inclusive inveja ao cuidado oferecido ao paciente.

Assim, [prosegue essa autora], o sofrimento, muitas vezes causado pelas atividades laboriais, tem levado a um acentuado risco de adoecimento e uma das defesas de que o trabalhador se apropria para minimizar esse sofrimento, tem sido o de ausentar-se do espaço do trabalho.

Em estudo⁶⁵ que realizamos, junto aos funcionários de enfermagem no HUCAM, pudemos apreender que, na realidade capixaba, há preocupação em investigar as situações que levam o trabalhador de enfermagem a se ausentar do seu trabalho.

No Espírito Santo, observamos tal preocupação, a partir da década passada, quando, em 1983, no Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP), iniciou-se um levantamento da situação do pessoal de enfermagem lotado no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) e, mais tarde, em 1986, o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) implementou um ambulatório de saúde ocupacional para atender à demanda interna de seus servidores.

Entretanto, o surgimento de publicações sobre a enfermagem capixaba, que reflitam acerca das causas que determinam o absenteísmo-doença entre o pessoal de enfermagem, acontece apenas no final de 1986, com um trabalho inédito, desenvolvido por um período de seis meses, junto ao HUCAM, por Figueiredo (1996) e, posteriormente, em 1990, com o trabalho que empreendemos, juntamente com Siqueira e Marquetti.

No referido trabalho, identificamos que, na época, a força de trabalho do HUCAM era composta por 281 trabalhadores distribuídos conforme quadro a seguir.

QUADRO 3:

FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NO HUCAM, EM 1989

ENFERMEIROS	17
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	54
AUXILIARES DE ENFERMAGEM	174
ATENDENTES DE ENFERMAGEM	36
Total	281

Fonte: Dept.º de Pessoal/HUCAM – UFES, 1989.

⁶⁵ O referido estudo que realizamos, juntamente com Siqueira e Marquetti, no HUCAM, em 1990, tinha como principal objetivo levantar os riscos ocupacionais do trabalho na enfermagem.

Conforme identificado no quadro, a Divisão de Enfermagem do HUCAM possuía, naquele momento, um total de 323 servidores, sendo que nem todos foram apresentados no Quadro 3:

• Auxiliares Administrativos	–	14
• Assistentes Administrativos	–	06
• Atendentes de Consultório	–	20
• Recepcionistas	–	02

Desde então, temos percebido que o percentual de afastamento no HUCAM tem se apresentado considerável na equipe de enfermagem, conforme apresentado em levantamento realizado nas justificativas de falta, tendo atestado médico, como documento. Entretanto, o quantitativo de “faltas sem justificativas”, embora não levantado na época, permitiu-nos inferir empiricamente ser também bastante considerável e necessitar de uma melhor apuração do porquê de esses funcionários não comparecerem ao trabalho com assiduidade.

Os dados encontrados nesse estudo nos permitiram identificar a apresentação de 303 atestados médicos, no período de jan./dez. de 1989, em que a principal justificativa de adoecimento se deu por causas ortopédicas, em especial lombalgia (46%), seguidas das causas ginecológicas/obstétricas (33%).

Figueiredo (1986), em estudo realizado nessa instituição, observou que as doenças do aparelho digestivo, genito-urinário, complicações da gravidez/parto e puerpério e doenças do aparelho respiratório constituíram as principais causas de absenteísmo-doença no HUCAM.

Os principais achados, nesse estudo, tiveram, ainda, como causas de faltas entre os funcionários da Divisão de Enfermagem, infecções respiratórias altas (gripe, sinusite e faringite); seguidas dos problemas do aparelho músculo esquelético (em especial a lombalgia, entorse e contusões); após, os problemas ginecológico-obstétricos (com destaque para o trabalho de parto prematuro e/ou abortamento); e, finalmente, ausências para controle da saúde infantil (acompanhar filhos em avaliações pediátricas).

Posteriormente, em levantamento realizado no ano de 1995, pudemos verificar que o problema absenteísmo na equipe de enfermagem continuava se apresentando como um desafio, para organizar o trabalho dessa categoria, uma vez que a redução do número de funcionários, em decorrência de faltas, foi, na fala da Enfermeira 4, *“se tornando, ano a ano, um transtorno para organizar e planejar as ações de enfermagem e esse parece ser mais um dos problemas sem solução aqui”*.

QUADRO 4

PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO NO HUCAM/AGOSTO DE 1995

FORÇA DE TRABALHO	FUNCIONÁRIOS	ENFERMAGEM
Feminino	714	351
Masculino	302	38
Total	1016	389

Fonte: RH/UFES.

A exemplo de outros estudos, o perfil da força de trabalho da enfermagem, no HUCAM, é majoritariamente feminino, compondo esses trabalhadores cerca de um terço do total dos servidores da instituição.

Ao realizarmos um levantamento seqüencial durante alguns anos sobre o “comportamento” das faltas ao trabalho, pudemos apreender que o problema persistiu ao longo desse período, conforme nos mostram dados fornecidos pelo setor de Recursos Humanos, apontados no Quadro 5.

Pudemos verificar ainda, a partir de 1995, estar havendo uma gradual de queda nos dados referentes ao absenteísmo, embora os mesmos ainda sejam bastante significativos, como nos mostra estudo realizado por Vargas et al. (1998), nessa instituição.

QUADRO 5
ABSENTEÍSMO NO HUCAM

JUSTIFICATIVAS DE FALTAS	NÚMERO DE FALTAS DOS FUNCIONÁRIOS DO HUCAM			NÚMERO DE FALTAS DOS FUNCIONÁRIOS DA ENFERMAGEM		
	1993	1994	1995*	1993	1994	1995*
FIN	1990	2225	1609	1414	1452	997
TSE	4898	7308	5306	2167	2881	2640
LDF	1074	1986	675	699	943	267
MAT	20	20	12	13	09	05
total/dia/ano	7962	11219	7590	4280	5276	3904

Fonte: RH/UFES agosto de 1995.

Obs.: * até agosto de 1995

FIN = faltas

TSE = lic. trat. do servidor

LDF = lic. trat. familiar

MAT = lic. maternidade

Obs.: A relação de faltas apresentada pelo Setor de RH da UFES foi de ano trabalhado por dias de faltas nesse período.

Em estudo que coordenamos, em 1998, com alunas de Graduação em Enfermagem – Vargas et al. – pudemos, de certa forma, apreender que, no período de 1995 a 1997, houve um decréscimo quantitativo da força de trabalho e aumento da oferta de serviços pela instituição. Essa realidade está de acordo com a política de Recursos Humanos que vem sendo imposta às universidades federais – a de contenção de pessoal pelo MEC –. Pôde-se perceber ainda que esse foi também um dos períodos de maior afastamento de pessoal nessas instituições, em decorrência de demissões e aposentadorias. O Quadro 6 nos mostra o quantitativo de pessoal da enfermagem.

QUADRO 6

FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NO HUCAM/UFES (1995-1998)⁶⁶

ANO	FORÇA DE TRABALHO GERAL	FORÇA DE TRABALHO NA ENFERMAGEM
1995 (total)	942	369
1996 (total)	1025	395
1997 (total)	951	372
1998 (parcial)	953	373

Fonte: Div. Enf. HUCAM/UFES.

O Quadro 6, segundo resultados identificados por Vargas et al. (1998), representou o total da força de trabalho no HUCAM/UFES, durante o período de janeiro de 1995 a abril de 1998, demonstrando a força de trabalho da enfermagem e o que esta representa numericamente na instituição e mesmo a ponto decréscimo de pessoal que vem ocorrendo, inclusive na enfermagem.

Observamos que, durante o período de 1995 a 1996, houve um acréscimo, em números absolutos, de 83 funcionários (8,9%) do quadro geral permanente. Destes, 29 pertenciam à enfermagem (representando um aumento de 6,5% para a categoria).

Em 1997, havia 951 servidores lotados no HUCAM. Nota-se que o total de funcionários diminuiu em 74 pessoas, o que representou um déficit de 7,2%. Desse déficit, a categoria de enfermagem sofreu uma perda de 6,1%.

⁶⁶ Os dados presentes sobre o absenteísmo no HUCAM, no período de 1995-1997, foram retirados do trabalho realizado por Vargas et al. (1998), em obra citada.

QUADRO 7

FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HUCAM/UFES
POR CATEGORIA FUNCIONAL – 1998

CATEGORIA	NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS
Atendentes de Enfermagem	17
Auxiliares de Enfermagem	227
Técnicos de Enfermagem	86
Enfermeiros	43
Total	373

Fonte: Div. Enf. HUCAM/UFES.

Esse quadro nos mostra que, dentre os componentes da equipe, a categoria da enfermagem que possui o maior número de servidores tem sido a dos auxiliares de enfermagem (60,8%), seguida dos técnicos em enfermagem (23%) e dos enfermeiros (11,5%). Observamos, também, que, apesar de não serem contemplados com sua inclusão legal entre as categorias de enfermagem, existem, ainda, um número restrito de atendentes de enfermagem inseridos no quadro de pessoal da Instituição, mas, desde o final da década de 80, esse profissional não foi mais admitido no HUCAM, segundo informação da chefia da Divisão.

A Divisão de Enfermagem possui também alguns servidores que não foram relacionados no Quadro 7, tais como:

- 2 auxiliares administrativos
- 2 assistentes administrativos
- 10 atendentes de consultórios
- 1 recepcionista
- 1 auxiliar de laboratório
- 2 copeiros

O quadro a seguir relacionou o total de faltas justificadas e sem justificativa do total da força de trabalho do HUCAM, no período de 1995, 1996 e 1997.

QUADRO 8

ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO HUCAM/UFES (1995-1997)

ANO	FALTAS JUSTIFICADAS	FALTAS SEM JUSTIFICATIVA	TOTAL
1995	1757	843	2600
1996	1412	753	2165
1997	1101	484	1585

Fonte: Div. Enf. HUCAM/UFES.

Esses dados permitiram constatar que, apesar do número alto de faltas, tem havido, no período, uma considerável redução no número de faltas na enfermagem, o que nos leva a supor que intervir nesse processo com medidas de incentivo, com um maior controle das faltas, e com a criação de estruturas de apoio ao funcionário adoecido, conforme vem fazendo o PSDA/HUCAM, se revelam como ações positivas.

Acompanhando a evolução das faltas, pode-se apreender que, em todos os anos levantados, os motivos que mais causaram faltas dos servidores foram a licença para tratamento de saúde (85%), enquanto a categoria que mais se ausentou por esse motivo foi a de auxiliares de enfermagem (62,2%), seguida pelos técnicos em enfermagem (21,5%). Do ponto de vista das enfermeiras, acreditamos haver uma maior flexibilidade para esses profissionais justificarem as suas faltas, pelo próprio lugar que ocupam na instituição em relação ao pessoal de nível médio.

Os dados levantados por Vargas et al. (1998), no período de 1995 a 1997, no que se refere ao absenteísmo no HUCAM, nos revelaram que o percentual de faltas sem justificativas representaram, na enfermagem, cerca de 58,3% do conjunto das faltas na instituição, corroborando pesquisas de outros autores, como Lima (1990) e Cruz (1990), ao constatarem ser a equipe de enfermagem, quantitativamente, a categoria, na área de saúde, que mais se ausenta do trabalho, seja por meio de faltas justificadas (atestados médicos, comunicação às chefias), seja por faltas sem justificativas.

Consideramos o conjunto desses dados preocupante; quando se pensa nos impactos que essa situação, certamente, esteja causando à qualidade da assistência, à sobrecarga de

trabalho, para os trabalhadores que comparecem ao serviço, e mesmo considerando o próprio processo de adoecimento desses trabalhadores. Isso, de certa forma, tem influência direta na relação trabalho-qualidade de vida. Pudemos constatar, em campo, que as conseqüências das faltas ao trabalho, em particular as que não se justificam, pela ausência por adoecimento, e sim acontecem por outras razões, têm causado muita insatisfação, não apenas para as enfermeiras organizarem o seu trabalho, mas têm se revelado como insatisfação também para a direção e os demais trabalhadores de enfermagem, inclusive o pessoal auxiliar, que comparece e representa a maior força de trabalho na instituição, mas tem representado também a categoria que mais tem se ausentado do seu espaço de trabalho, inclusive por faltas sem justificativas (comprovação da razão da falta, atestado, comunicação à chefia,...).

Bom Sucesso (1997) identifica que, na gênese da ausência ao trabalho, podem estar contemplados muitos aspectos subjetivos da relação do trabalhador com o seu trabalho e do como cada pessoa vê a sua função no conjunto das atividades.

Para Bom Sucesso (1997, p.17),

...a desmotivação e o mal-estar retratam muitas vezes a impossibilidade de vínculo com o trabalho, quando este não mostra relação com as expectativas, interesses pessoais ou perspectivas de carreira.

Nesse sentido, essas situações influenciam não só a qualidade do trabalho, mas têm também, conforme essa autora, “impactado” diretamente a qualidade de vida dos trabalhadores, gerando as mais diferentes formas de resistências ao trabalho, o que, muitas vezes, se revela no adoecimento dos trabalhadores.

Assim, os dados nos indicam que a revelação da insatisfação dos protagonistas com muitos aspectos do seu trabalho, e nele com as formas de organização do mesmo, impõe dirigir com maior acuidade o olhar para esse aspecto do trabalhador – os motivos das faltas ao trabalho – buscando identificar situações que venham a ajudar a qualificar a sua vida no trabalho, até porque, como admite Ramos (1997, p.329), a maioria dos trabalhadores, inclusive os da enfermagem, independente das formas como se vêem e são vistos e das distintas formas de se produzir os estilos de ação político-institucionais com o seu trabalho, são portadores de uma consciência sobre o trabalho que realizam

...que lhes toma grande parte da existência e da energia, e para onde acaba se dirigindo grande parte de suas pulsões psíquicas e emocionais. A imagem de si é arquitetada na relação que se estabelece com o outro e com o tempo/espço vivido.

Nesse sentido é que Dejours in: Chanlat (1996, p.169), reivindicou para o trabalhador o que chama de “*espço da palavra*”, como um lugar do conhecimento sobre o trabalho real e das possibilidades de, além de defesa contra o sofrimento patogênico, se construir o que chama de sofrimento criativo, ou seja, a subversão do sofrimento em criatividade.

Dessa maneira, vários são os caminhos que poderíamos apontar como síntese desse capítulo. Optamos por utilizar uma reflexão acerca do próprio trabalho, da vida e seus significados para o trabalhador, uma vez que entendemos que essas circunstâncias atravessam e são atravessadas pelo debate que aqui se produziu.

Para tanto, buscamos em Bom Sucesso (1997) pistas que apontam para a incorporação da perspectiva da mudança, como um dos componentes da subversão do que está instituído, dado e visto como insatisfatório, adoecedor e mesmo empobrecedor do trabalho.

Pensamos que tomar um novo rumo pressupõe a criação de novas situações das quais destacamos, além da necessidade de qualificar-se tecnicamente para as tarefas, a necessidade de reorganização do processo de trabalho e, no que diz respeito à enfermagem, buscando situações que contemplem também qualificar satisfatoriamente o trabalho, enquanto um dos componentes que produz a qualidade de vida no trabalho e para o trabalho.

Para tal, consideramos importante que se construa a capacidade dos protagonistas para lidar com a felicidade, a vida e o prazer, tendo isso a ver com as possibilidades de estar em harmonia com a sua própria estrutura, com o seu trabalho e com o mundo que cerca esses indivíduos.

Portanto, olhando para os resultados, fomos instigada a compartilhar a reflexão de Bom Sucesso (1997, p.44) quando a autora afirma que qualificar o trabalho e a vida tem a ver, essencialmente, não só com os modos de se administrar, planejar e organizar os serviços, mas também com o gerenciamento da relação trabalho-vida.

...depende do próprio indivíduo, do valor que atribui à vida, da auto-estima e auto-imagem, do engajamento profissional, político e social. Acima de tudo tem interdependência com a postura do sujeito empenhado na transformação da realidade, do cidadão responsável pelos seus atos, consciente de seus direitos e deveres.

CAPÍTULO 4

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo de cuidador é o lugar que comporta tecnologias que poderão mudar os rumos dos atuais paradigmas de intervenção em saúde, neste final do século XX.

Emerson Elias Merhy

Este é um estudo inacabado, que foi se produzindo teoricamente, a partir da apreensão do trabalho das enfermeiras na cotidianidade de suas atividades no hospital. Para tanto, os espaços que foram se produzindo no campo empírico, tanto no que diz respeito à utilização de técnicas como à observação e à entrevista, foram fundamentais, por terem possibilitado a construção dos muitos significados e questionamentos produzidos na realidade concreta vivenciada cotidianamente pelo conjunto dos agentes institucionais.

Esta pesquisa se constitui como um trabalho inacabado, no sentido de que não se propôs a apresentar recortes para intervir na realidade que aqui se construiu. Assim o fizemos por acreditar não ser essa a tarefa da pesquisadora. Compreendemos que a angústia de pensar ser possível ir além do apresentado, apresentando, ao final da pesquisa, algo que nos pareceu oculto e não muito claro, faz parte do processo e da natureza humana, ao estarmos mediadas pela (in)satisfação, o conflito e a ansiedade de buscas que, muitas vezes, nos inquietam, o que nos torna, sujeitos portadores de processos inacabados, incompletos.

E é por considerar essa pesquisa um estudo inacabado que promoveremos o retorno dos resultados aos protagonistas que o produziram e a possíveis outros interessados, na expectativa de novas contribuições e críticas ao que conseguimos apreender da realidade, conforme a mesma foi se apresentando a nossos olhos e juízos.

Embora o estejamos dando como inacabado, vamos nos permitir pontuar algumas questões que nos levaram a refletir sobre esse fazer e sobre as possibilidades de um “novo” agir das enfermeiras/enfermagem.

Nossa reflexão, num primeiro momento, nos levou a buscar compreender como intervir na realidade, no sentido de se obter “linhas de fuga” que produzam mudanças nas várias lógicas institucionais, das quais as enfermeiras são um dos protagonistas. Nesse processo, fomos sendo implicada na tentativa de tentar responder às nossas indagações e às

de muitos protagonistas deste estudo, principalmente: por que a enfermagem/enfermeiras, diante de tanta insatisfação e descontentamento com sua prática, resistem tanto às possibilidades de mudança?

Ao superar os sentimentos de ansiedade, a preocupação constante que nos moveu foi a de produzir reflexões que não implicassem estar oferecendo “cheques *list*” ou mesmo um cardápio composto por um lindo receituário sobre o que as enfermeiras teriam que fazer, para “melhorar” sua prática.

Confessamos que muitas vezes fomos instigada a assim fazer, tanto em decorrência das nossas ansiedades, do limite e da temporalidade para acabar a tese, quanto diante das expectativas do grupo sobre o que seria o produto desta pesquisa e o quanto a mesma poderia “ajudar” o grupo a repensar o seu trabalho. Vencida esta etapa, compreendemos que a nossa contribuição dar-se-ia refletindo sobre alguns pontos que podem vir a se tornar o que estamos chamando de “pauta de debate”, como contribuição aos modos de a enfermagem operar o processo de trabalho e a gestão cotidiana do trabalho em saúde.

Dessa forma, reafirmamos que não nos guiamos pela intenção de formular respostas às perguntas e questões que fizemos no Capítulo 1 e a outras que, a todo momento, foram emergindo na produção desta pesquisa. As questões que fomos (re)construindo se produziram a partir da constatação de que a maioria dos protagonistas e de seus protagonismos emergiram de ações pautadas em estilos de ação que ora se antagonizaram entre agires impotentes, conservadores, submissos; ora entre agires que foram se potencializando por meio de ações também conservadoras, autoritárias, transformadoras e, nesse contexto, a direção das mudanças nem sempre foi em sentido de melhorar os processos instituídos no espaço de trabalho. Em algumas situações, percebeu-se uma mudança, mas “mudou-se para pior”.

A dinamicidade dos estilos das ações político-institucionais permitiu, em contrapartida, vislumbrar desejos, tentativas, resistências e ações que se potencializaram ao ir se produzindo, simultânea e timidamente, nesse espaço, movimentos em direção a mudanças que imprimam uma nova lógica ao processo de trabalho e à produção de processos de gestão mais integrados e participativos, não só no trabalho da enfermagem, mas constatamos que esses movimentos têm “contaminado” positivamente outros segmentos institucionais. Isso nos fez retornar a alguns teóricos como Cecilio (1997),

Merhy (1997) e Campos (1992), que também têm apostado na possibilidade de mudar o que está instituído nas lógicas do trabalho em saúde.

Nesse sentido, pudemos apreender, teoricamente e na produção do campo, que é no cotidiano, onde se produz o trabalho em ato, que os processos emergem, vão dando formas aos estilos de ação político-institucionais dos protagonistas e potencializando ações que produzem as mudanças.

Assim Merhy (1997b, p.3) nos chama a atenção, ao afirmar que o trabalho em saúde não se produz limitado à capacidade de se operar máquinas nas intervenções sobre os pacientes.

Além dos equipamentos-máquinas, as ações cuidadores e seus cuidadores mobilizam intensamente “*conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados*”, que, no cotidiano, vão imprimindo novas lógicas e agires.

De certa forma, isso reafirma entendermos como limitado o teórico produzido por Machado (1995, 1994), acerca do tema do trabalho em saúde, ao desconsiderar que novas lógicas vão se instituindo nesses espaços, transformado, também, a dinamicidade das mudanças do mundo do trabalho.

Assim, a nossa construção teórica se fez a partir da apreensão do trabalho vivo em ato, constituindo-se nas relações estabelecidas entre sujeitos, entre duas pessoas, em que uma atua sobre a outra, criando-se diferentes subjetividades, processos instituídos/instituintes, cegueiras institucionais, potência e impotência e também saberes, autogovernos e expectativas. Os nossos resultados nos reportaram a visualizar a necessidade da produção de modelos de gestão mais compartilhados, abstraídos dos “saberes e fazeres” interdisciplinares que os sujeitos em ação são portadores, independente da profissão, que os insere no trabalho em ato, realizado, por exemplo, na instituição hospitalar.

Pudemos apreender, assim, que a construção desta pauta tem, necessariamente, que compreender e reconhecer que a realidade concreta, vivida cotidianamente pelos profissionais nas instituições de saúde, no hospital, em particular, tem se posto como muito difícil e mesmo, em alguns aspectos, desmotivante para se pensar em propor e imprimir processos de mudanças.

Essa compreensão das muitas limitação permitiu que fôssemos percebendo a complexidade das alternativas e o quanto as mesmas demandam recursos, principalmente de poder e potência para enfrentar o atual caos institucional, conforme vai se vivendo no interior das instituições, em particular, quando as mesmas se constituem como instituições públicas, para a prestação da assistência à saúde no hospital. Mas permitiram também apreender que, essa realidade não é imutável e geradora apenas de insatisfação e impotência. Nesse sentido, é que fomos apreendendo a necessidade da constituição de atores políticos para alavancar essas mudanças. Nessa direção, apontamos dois atores imprescindíveis para desenvolver esse processo: os cursos de graduação e os serviços de saúde, como atores fundamentais desse processo.

Como docente, formadora de enfermeiras, não poderíamos desconsiderar as instituições formadoras como atores, para formulação e implementação dos processos de mudanças e mesmo de rupturas ao que está instituído, uma vez que esses têm sido lugares da criação do conhecimento, mas também têm se posto como espaços da conservação e da reprodução de muitos dos processos que fomos apreendendo como geradores da insatisfação com o trabalho em saúde e nele o da enfermagem/enfermeiras.

Assim, temos percebido esse momento como difícil, pela própria situação em que se encontram, hoje, as universidades, mas vislumbramos ser esse também um momento particular catalisador do novo, para se operar inclusive numa das lógicas que mais tem contribuído para o processo de reprodução, ou seja, as lógicas dadas pelos “currículos”. Esse tem sido um momento de “revisão” dos currículos nos Cursos de Graduação em todas as áreas, em decorrência das novas necessidades, geradas com a implantação da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação – LDB, e isso pode se tornar promissor, facilitador para se operar esse debate e para se romper a visão conservadora, tecnicista, muitas vezes abstrata. “neutra” e reprodutora com que se tem identificado os currículos.

Quando apontamos o currículo como uma das possibilidades para esse momento, estamos pensando na construção de um processo emergindo da identificação da realidade, resgatando inclusive a cultura de que os alunos são portadores acerca dos processos de adoecer e ter saúde.

Pensamos, assim, na possibilidade de se redimensionar não só a filosofia, muitas vezes oculta nos processos do ensino-aprendizado, mas, em particular, se busca romper a

cultura do silêncio e da impotência, que muitas vezes emerge da execução “prática” dos currículos.

Assim, pensamos que o ensino-aprendizado, encaminhado de forma a se buscar romper com as “amarras” que tem sido identificadas nos currículos vigentes, pode vir a revelar que não só o espaço do ensino, mas também da prática são cenários onde ocorrem embates, tensões, solidariedade, adesões, refletindo, assim, como se dão, cotidianamente, as relações na sociedade, de forma geral.

Assim, vislumbramos e entendemos que, embora o currículo, por si só, não dê conta de apreender todas as dimensões postas aqui como problema, ele é um instrumento precioso, por oportunizar debates sobre perfis, processos de trabalho, competências, conteúdos necessários para se formar os indivíduos nas profissões que escolheram e, principalmente, permite emergir a opção política que se está fazendo acerca dessa produção no espaço social.

Na mesma direção, consideramos também promissoras as crises de vários padrões que vêm sendo produzidas e vivenciadas no interior dos serviços de saúde. Elas, em muitos sentidos e momentos, têm se constituído como sofrimento e desalento para os usuários e os profissionais de saúde, mas podem ser vistas, também, incorporando outras perspectivas que podem se colocar como fundamentais para o emergir de ações criativas e, mais, podem representar um bom momento para compartilhar com as instituições formadoras os processos que fragmentam as práticas de saúde, possibilitando o emergir desse encontro, a produção de ações mais participativas e interdisciplinares, que possam potencializar e criar vetores de forças positivas em direção às mudanças que, no caso da enfermagem, retomando o objeto do nosso estudo, poderiam perfeitamente se pôr como uma das alternativas facilitadoras das muitas situações insatisfatórias, em particular no que diz respeito a se repensar os modos de se estar cotidianamente fabricando estilos de ação que venham superar os atuais modelos de gestão, pautados no taylorismo, na burocracia, na dicotomia entre o pensar/fazer, cuidar e administrar, e na “desresponsabilização” dos protagonistas com os resultados obtidos com a assistência prestada.

Esse repensar precisa incorporar, na nossa opinião, novas potências de estilos participativos, integrados, cujo enfoque seja o trabalho interdisciplinar, produzido nos espaços de autogoverno dos trabalhadores de saúde.

Percebemos que o processo de organização do trabalho da equipe de enfermagem é uma responsabilidade das enfermeiras em compartilhamento com os outros protagonistas envolvidos. Ao tomar como exemplo o planejamento das ações cotidianas dessa prática, essa precisa ser dimensionada e reconhecida enquanto uma opção política que os protagonistas estão tomando para organizar a sua prática, seus conhecimentos e seus estilos de agir.

As decisões privilegiadas, se tomam a direção de ser mais democráticas e participativas, elas estarão também redirecionando, dentre outras, as relações de poder. E essas são decisões que entendemos políticas e pedagógicas, que fazem emergir interrogações como: Quem planeja? Para que se planeja e para quem se planeja?

Esses são processos que vão se construindo no dia-a-dia pelo diálogo, com questões que vão se produzindo pelas ações e conhecimentos abstraídos da cotidianidade das relações.

Compreendemos, ao pensar em linhas de fuga, as lógicas que se têm (im)posto à conformação do trabalho em saúde; necessariamente temos que considerar essas questões. Qualquer “pauta” a ser incorporada e privilegiada pela enfermagem/enfermeira necessita apontar em direção à superação dos estilos de ação político-institucionais, conservadores e autoritários na conformação dos processos de trabalho, por outros estilos potencializados pelo compartilhamento, integração e participação dos protagonistas, tendo como meta central a produção de cuidadoras que tomem como lógica uma prática em que a conquista da autonomia não se resume apenas a agregar “poder disciplinador e de controle”, mas passe pela centralidade das ações humanizadas, responsáveis e solidárias com aqueles com quem se relacionam no seu fazer cotidiano, assim ter consciência do ser protagonista e responsabilizar-se nesse processo foi fundamental.

Do nosso ponto de vista, a dimensão cuidadora que emerge do agir cuidador das enfermeiras, implica superar as dimensões aqui postas como partes das “cenas”, que têm fragmentado essa prática, dadas em particular pelos momentos apreendidos como sendo os da enfermagem administrando, cuidando e se relacionando com o conjunto dos agentes institucionais.

Entendemos que o administrar/cuidar descentrado do usuário, também estará automaticamente descentrado das demais dimensões que produzem esse trabalho, contribuindo, assim, para empobrecer o papel de cuidadores dessas protagonistas.

Assim, ao invés de respostas e receitas, o produto deste estudo produziu mais interrogações, dúvidas e possivelmente contradições. Nesse sentido, vamos em direção da apreensão dos desafios que se colocam à nossa prática e ao nosso compromisso de construtoras do trabalho em saúde, enquanto protagonistas que incorporam e se inserem nesse espaço, vislumbrando as possibilidades de tomar o trabalho como um dos recursos de defesa da qualidade de vida dos distintos protagonistas em ação na cotidianidade institucional.

5 SUMMARY

This research has as its main objective the study of the work of nurses. Theoretically, our reflections regarding this topic began during a Master's Program in Education, during the decade of the '80s, when we studied the perception of nurses regarding nursing education and practice. At that time, many additional questions emerged, with few answers, contributing little toward a greater understanding of the issues involved.

The Cassiano Antônio de Moraes Hospital (HUCAM) was part of the scenario chosen for the field research both in the Master's Program and in this study. Among the motives for selecting this institution certainly figured our own professional/institutional insertion in choosing the local in this study, analyzing the everyday work produced by the nurses and the nursing department.

This work therefore proposed to conduct a study on nurse performance, using as a methodological source the theory of Social Representations, in an attempt to detect the political-institutional action of the protagonists as they organized their everyday practice. The empirical data demonstrated the various forms in which nurses saw themselves and are seen by other distinct institutional actors, many of these forms related to actions which emerged in response to power or the lack of power of the actors to propose or impede change. Specifically in regard to political-institutional styles of action, we perceived the dynamic aspects of the movements which produced these styles, often created by actions which could be labeled as conservative, submissive; but nevertheless they also emerge as actions which were transforming in nature as well as authoritarian, or even participative. The study permitted us to envision the necessity to potentialize those transformational styles of political-institutional action which form the work process and the everyday management of this process in a shared and participative manner among these different institutional actors, as being facultative of a self-governing production for these workers, therefore stimulating situations which improve work as well as the lives of the actors in relationship to their work.

6 REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

ABEN/CEPEN. *Florente Nigtingale: notas enfermagem*. São Paulo : Cortez, 1989.

ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, J. S. Y. *O saber na enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo : Cortez, 1986.

ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, S. M. M. (Org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo : Cortez, 1997.

_____. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. cap.1, In : Almeida, M. C. P., ROCHA, S. M. M. (Org.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo : Cortez, 1997.

ALVES, D. de B. *Trabalho educação e conhecimento na enfermagem: uma contribuição aos estudos sobre a força de trabalho feminina*. Salvador/Bahia [s.n.],1997.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo : Cortez, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEN) Índice Cumulativo - Referência Bibliográfica - 1985/1994. *Revista Brasileira de Enfermagem (Reben)*. Brasília, v.47, n.4, p.329-452, 1994.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO ESPÍRITO SANTO (AMES). Diagnóstico da situação da saúde no Espírito Santo. *Jornal da AMES*. Vitória/ES, n. 15, jan. 1995.

BAREMBLIT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos, 1992.

BASILIO, Salum. Transição política e crise do estado. *Revista Lua Nova*. São Paulo, v. 32, p.13-18, 1994.

BELLATO, R., PEREIRA, W. R. Outras palavras e novas rotas no cotidiano do gerenciamento de enfermagem. *Revista Texto & Contexto e Enfermagem*. Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 117-131, jul./dez. 1996.

BOM SUCESSO, E. de P. *Trabalho e qualidade de vida*. São Paulo : Dunya, 1997.

BORSOI, J. C. F. A saúde da mulher trabalhadora. Cap.6, in : CODO, W., SAMPAIO, J. J. C. (Org.). *Sofrimento psíquico nas organizações de saúde mental e trabalho*. Rio de Janeiro : Vozes, 1995.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3. ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1980.

BUSSINGER, E. C de A. *A questão do poder na enfermagem: uma tentativa de compreensão a partir da fenomenologia de Alfred Shutz*. RJ, 1990. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/Universidade do Rio de Janeiro.

CAMPOS, G. W. de S. *A reforma da reforma repensando a saúde*. São Paulo : Hucitec, 1992.

_____. Considerações sobre a arte a ciência da mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas. O caso da saúde. cap.1, In: CECILIO, L. C. de O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo : Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. de S. et al. *Planejamento sem normas*. São Paulo : Hucitec, 1989.

CAMPOS, M. C. et al. A reforma administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a implantação do SUS. *Revista de Administração Pública*. FGV/RJ, m.32, p.16-30, 1995.

- CAPELLA, B. B. *Uma abordagem sócio-humanista para um "modo de fazer" o trabalho de enfermagem*. 1996. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- CARAPINHEIRO, G . *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto/Portugal : Afrontamento, 1993.
- CARRASCO, A. M. P. *Influência das escolas de administração científica e clássica na produção científica da enfermagem brasileira*. 1987. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- CECILIO, L. de O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo : Hucitec, 1994.
Dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. Rio de Janeiro : Revista de Administração.
- _____. *A modernização gerencial pública* - FGV. v. 3, n. 3, p. 36-47. maio/jun. 1997.
- CHANLAT, J. F. (Coord.). *O indivíduo na organização dimensões esquecidas*. 3. ed. São Paulo : Atlas, 1996.
- CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E., VASCONCELOS, João. *Recursos humanos e subjetividade*. Rio de Janeiro : Vozes, 1996.
- CHIZZOTTI, A. *A pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo : Cortez, 1991.
- CODO, W., SAMPAIO, J. J. C. (Org.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. Rio de Janeiro : Vozes, 1995.
- COFEN/ABEN. *Força de trabalho em enfermagem*. Brasília, 1985, vol. 1.

COLLIÈRE, M. F. *Promovendo a vida*. Portugal, 1989. Texto mimeo.

COSTA, O. L. *Hucam, passado, presente e futuro*. Vitória : Revista HUCAM, v.1, n.0, p.4-7, nov./dez. 1997.

CRUZ, M. L. do C. Serviço de enfermagem: um estudo sobre o absenteísmo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. Rio de Janeiro, v.18, n.69, p. 69 -70, jan./mar. 1990.

DAVEL, E., Vasconcelos, J. (Org.). *Recursos humanos e subjetividade*. Petrópolis/Rio de Janeiro : Vozes, 1996.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1987.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. vol.1, São Paulo : Atlas, 1998.

DONNANGELO, M. C. F., PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. 2. ed. São Paulo : Duas Cidades, 1979.

ENRIQUES, E. Prefácio. In: DAVEL, E., VASCONCELOS, J. (Org.). *Recursos humanos e subjetividade*. Rio de Janeiro : Vozes, 1996.

FARIAS, A. B. A submissão do enfermeiro: uma visão literária. Rio de Janeiro : *Revista da UERJ*. v. 4, n. 1, p. 79-88, maio. 1996.

FERRAZ, C. A. *Construindo uma prática administrativa de enfermagem*. [Trabalho apresentado como texto de apoio para as atividades do 42. CBEn, Natal, 1987].

- _____. *A transfiguração da administração em enfermagem* – da gerência científica à gerência sensível. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP/Ribeirão Preto.
- FERRAZ, C. A., VALLE, E .R.. *A transfiguração da administração em enfermagem* - da gerência científica à gerência sensível. Ribeirão Preto. 1996. Texto mimeo.
- FIGUEIREDO, T. A. M. *O adolescente, as drogas e a escola*: representações do educador. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública/USP.
- _____. *Absenteísmo* - doença na equipe de enfermagem do hospital universitário Cassiano Antônio de Moraes - UFES. Vitória, 1986. Texto mimeo.
- FRAGA, M. N. de O. *A prática da enfermagem psiquiátrica*: subordinação e resistência. São Paulo : Cortez, 1993.
- FREIRE, P. *Educação e mudança*. 6. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1985.
- GALLO, E. et al. *Razão e planejamento* - reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro : Hucitec, 1995.
- GERMANO, R. M. *A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil*. São Paulo : Cortez, 1993.
- GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo : Hucitec/Abrasco, 1994.
- GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (Org.). *Perfil da economia do Espírito Santo*. Vitória, 1994. Texto mimeo.

GUIMARÃES, R., TAVARES, R. *Saúde e sociedade no Brasil anos 80*. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1994.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 4. ed. São Paulo : Paz e Terra, 1992.

HELOANI, R. *Organização do trabalho e administração: uma visão multidisciplinar*: 2. ed. São Paulo : Cortez, 1996.

HUCAM. Informativo HUCAM. Vitória. Ano II, n. 6, p. 1-4, jan./mar. 1998.

JATOBA, A. et al. A reunião científica como oportunidade para o exercício do cuidar em enfermagem. Florianópolis. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. v. 4, n. 1, p. 93-109, jan./jun. 1995.

JOVCHELOVICH, S., GUARESCHI, P. (Org.). *Textos em representações sociais*. Rio de Janeiro : Vozes, 1994.

KURCGANT, P. et al. *Administração em enfermagem*. São Paulo : EPU, 1991.

KWASNICKA, E. L. *Teoria geral da administração: uma síntese*. São Paulo : Atlas, 1987.

LEOPARDI, M. T. O método como objetivação científica na assistência de enfermagem. Florianópolis. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. v. 4, n. 1, p. 9-18, jan./jun. 1995.

LIMA, R. de C. D. *Desafios para o SUS: os recursos humanos para a saúde e as principais tendências de investigação com vistas à implantação de um novo modelo assistencial para a saúde* [apresentado no curso de Doutorado para a disciplina Novos Paradigmas da Ciência]. Campinas, 1994.

_____. *Contradições do ensino e prática de enfermagem: percepção dos enfermeiros egressos do curso de Graduação em Enfermagem da Ufes. Vitória/ES, 1988. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Espírito Santo.*

_____. Recursos Humanos em Saúde (RHS) um conceito em questionamento. *Revista HUCAM - Caderno Técnico-Científico. Ano 1, n. 1, p. 7-12, jan./fev. 1998.*

LIMA, R. de C. D. et al. *Notas sobre o modelo assistencial para a saúde num hospital de ensino.* [apresentado como trabalho final no curso de Especialização em Gestão Hospitalar/FCM/UNICAP], Campinas, 1995.

_____. *Vida média da atividade da equipe de enfermagem e riscos ocupacionais.* Vitória, 1990. Texto mimeo.

LOPES, M. J. M. Poder, interdisciplinaridade e complementaridade no trabalho hospitalar: uma análise a partir da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem.* Brasília, v. 50, n. 3, p. 381-390, 1997.

LOYOLA, M. C. D. *Os doce(i)s corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar.* 2. ed. Rio de Janeiro : UFRJ/Proed, 1987.

LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.* São Paulo : EPU, 1986.

MACHADO M. H. (Org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.* Rio de Janeiro : Fiocruz, 1995.

_____. *Trabalhadores da saúde: um bem público.* Rio de Janeiro, 1995. Texto mimeo.

_____. *A profissão médica e seus dilemas contemporâneos.* Rio de Janeiro. 1994. Texto mimeo.

_____. *Sociologia de las profesiones: un nuevo enfoque*. Educ. Med. Salud. v. 25, n. 1, p.28-36, 1991.

MARSIGLIA, R. M. G. *Relação ensino/serviços dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo : Hucitec, 1995.

_____. *Servidor, funcionário, trabalhador: interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde*. 1993. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da USP/São Paulo.

MARTINS, J. C. *As organizações de saúde no contexto do SUS: uma realidade em construção*. RJ, 1994. Dissertação (Mestrado) - Fundação Osvaldo Cruz/Fiocruz - ENSP.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo : Abril Cultural, 1983.

MATUS, C. *Política, planejamento & governo*. Brasília : IPEA, 1993.

MEDEIROS, M. H. da R. *A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a terapia ocupacional*. 1994. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

MEDICI, A. et al. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro : Fundação Osvaldo Cruz/ENSP, 1992.

MELLO, C. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo : Cortez, 1986.

MERHY, E. E. *Crise do modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil*. Campinas, agosto/ 1997b.

- _____. *Atuar em saúde: a gestão do cotidiano das unidades de saúde e a montagem do sistema colegiado de gestão na construção de uma política de saúde em defesa da vida.* Campinas, junho de 1993 (mimeo).
- _____. *A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.* Campinas, abril de 1997c.
- _____. *Anotações das reuniões de orientações.* Campinas, maio, 1998b.
- _____. *Do protagonismo/liberdade à captura: um dilema permanente do agir e algumas de suas implicações para a prática da vigilância à saúde.* Campinas, abril/1998.
- _____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida – cap. 3. In: CECILIO, L. de O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde.* São Paulo : Hucitec, 1994.
- _____. *Saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas.* São Paulo : Hucitec, 1992.
- MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde um desafio para o público.* São Paulo : Hucitec, 1997.
- MINAYO, M. C. de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: JOVCHELOVICH, S., GUARESCHI, P. (Org.). *Textos em representações sociais.* Rio de Janeiro : Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.* Rio de Janeiro/São Paulo : Hucitec/Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. et al. *Pesquisa social teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos RH Saúde: a questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992)*. Brasília, v. 1, n.1, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. R H. *SUS: a investigação sobre recursos humanos em saúde*. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Brasília, 1993.

MIRANDA, C. L. O. Os álibis da enfermagem. Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.44, n.1, p. 22-29, jan./mar. 1991.

_____. *Parentesco Imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar*. São Paulo/Rio de Janeiro : Cortez/UFRJ, 1994.

MOTTA, P. R. *A gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro : Record, 1991.

_____. *Transformação organizacional: teoria e a prática de inovar*. São Paulo : Qualitymark, 1997.

NOGUEIRA, R. P. *Capital e trabalho nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, s/d. Texto mimeo.

_____. *Supervisão: referencial teórico*. Rio de Janeiro, s/d. Texto mimeo.

NOGUEIRA, R. P. et al. *Textos de apoio: planejamento I - recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz/ENSP, 1987.

NORINHA, H. Refletir para cuidar. Portugal : *Revista Nursing*. ano 10, n. 120, mar. 1998.

- OFF, C. *Trabalho & sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1989. v. 1 e 2.
- PAES, I. D. C. Holopraxis na enfermagem: dificuldades, experiências e possibilidades. Brasília. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 50, n. 3, p. 363-378, jul./set. 1997.
- PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo : USP/FSP, 1994.
- PEDUZZI, M., PALMA, J. J. L. et. al. *A equipe de saúde*. São Paulo : Hucitec/PEFMUSP, 1995 [no prelo].
- PEDUZZI, M., SCHRAIBER, L. B. *Equipe multiprofissional de saúde: enfoques e conceituações*. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE, 1994, Recife.
- PEREIRA, W. R., BELLATO, R. O trabalho da enfermeira - uma abordagem sob a perspectiva da teoria feminista. *Revista Texto & Contexto e enfermagem*. Florianópolis. v. 4, n. 1, p. 66-82, jan./jun. 1995.
- PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo : Cortez, 1989.
- _____. *Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho – estudo em instituições escolhidas*. 1996. Tese (Doutorado em Sociologia). Departamento de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.
- PITTA, A. M. F. *Hospital - dor e morte como ofício*. São Paulo : Hucitec, 1990.
- _____. *O doente, seu cuidado e as organizações de saúde: elos de uma cadeia possível*. São Paulo, 1994. Texto mimeo.

- RAMOS, F. R. S. *Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 50, n. 3, p. 323-337. 1997.
- RIBEIRO, H. P. *O hospital: história e crise*. São Paulo : Cortez, 1993.
- ROVERE, M. R/OPS. *Planificación estratégica de recursos humanos en la salud*. 4. rev. *Revista Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en la Salud*, p. 24, 1992.
- SADER, E. *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1988.
- SANTOS, C. A. F. *A enfermagem como profissão*. São Paulo : Pioneira de Ciências Sociais, 1973.
- SANTOS, C. L. et al. *Supervisão: modelo de supervisão nos hospitais públicos no município de Vitória*. 1989. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Espírito Santo.
- SCHRAIBER, L. B., PEDUZZI, M. *Tendências e possibilidades de investigação de recursos humanos em saúde no Brasil*. *Revista Educ. Med Salud. Washington/EUA*, v.27 n.3 p.295-313, 1993.
- SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. *Relatório da Situação de Saúde no Espírito Santo (Comissão de Saúde) [trabalho apresentado pela equipe de transição do governo Vítor Buaiz] período de 6 a 12/12/94*, Vitória/ES, 1994.
- SILVA LIMA, M. A. D. *O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico*. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

- SILVA, E. M. *Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local*. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- _____. *Supervisão em enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80*. 1991. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/SP.
- SILVA, M. A. P. D. *As representações sociais e as dimensões éticas*. Taubaté/SP : Cabral Editora Universitária, 1998.
- SILVA, M. Z. *O Espírito Santo: Estado, interesses e poder*. Vitória : Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1995.
- SILVA, N. F. *A prática da enfermagem na Bahia*. Salvador : Edit. Gráfica Central, 1987.
- SILVA, N. F./ABEN. Organização da assistência de enfermagem. Relatório da Comissão de Serviços da Aben Nacional. Brasília, 1991.
- SILVA, G. B. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo : Cortez, 1986.
- SILVA, T. M. N. *A construção do currículo na sala de aula: o professor como pesquisador*. São Paulo : EPU, 1990.
- SINDICATO DOS MÉDICOS/ES. Médicos do IESP ameaçam pedir demissão em massa. *A Gazeta*. Vitória/ES, 11 de outubro de 1995.
- SOBRAL, R. S. et al. De Florence a Duloren. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 103-112. maio, 1996.

SOTERAS, L. L. et al. *Planificación de los recursos humanos en la salud*. Revista Educ. Med. Y. Salud. Washington/EUA, v.27, n.2, 1993.

SPINK, M. J. *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo : Brasiliense, 1993.

SPINK, M. J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: JOVCHELOVICH, S., GUARESCHI, P. (Org.). *Texto em representações sociais*. Rio de Janeiro : Vozes, 1994.

TEIXEIRA, S. F. et al. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1995.

TESTA, M. A. Lógica de personal. *Revista Desarrollo de Recursos Humanos en Salud*. Washington/EUA - OPS, v. 1, p. 12, s/d.

_____. *Pensar em saúde*. Porto Alegre : Artes Médica, 1992.

TREVISAN, M. A. *Enfermagem hospitalar: administração & burocracia*. Brasília : UnB, 1988.

_____. *Liderança do enfermeiro: o ideal e o real no contexto hospitalar*. São Paulo : Sarvier, 1993.

VARGAS, C. M. et al. *Impactos do absenteísmo na organização do trabalho da enfermagem no HUCAM.-UFES*. 1998. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal do Espírito Santo.

VAZ, M. R. C. Reflexões concernentes ao conceito de trabalho na cotidianidade (em Agnes Heller e Michel Maffesoli). *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.48, n.2 p.168-171, abr./jun. 1995.

VIANNA, A. L et al. Implementação do SUS: novos relacionamentos entre o setor público e privado no Brasil. *Revista de Administração Pública - FGV/RJ*, v. 39, p. 17-33 jul./set. 1995.

WALDOW, R. R., LOPES, M. J. M. MEYER, D. E. *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médica, 1995.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo : Pioneiras de Ciências Sociais, 1992.