

ELENA VARELA/SOLER <sup>h3</sup>

Este exemplar corresponde à  
redação final da dissertação apresen-  
tada por Elena Varela Soler e apro-  
vada pela comissão julgadora em  
16/06/1993

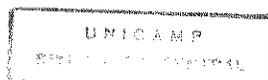
Ass.:



**PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO NA ENFERMAGEM:**

**AS REPRESENTAÇÕES NO COTIDIANO DA PRÁTICA HOSPITALAR.**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
1993

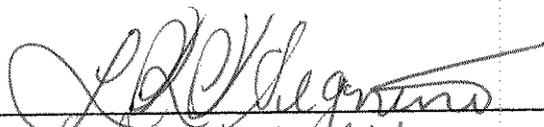


Dissertação apresentada como exigência  
parcial para obtenção do Título de  
MESTRE EM EDUCAÇÃO na Área de  
Concentração Ciências Sociais Aplicadas  
à Educação, à Comissão Julgadora da  
Faculdade de Educação da Universidade  
Estadual de Campinas, sob a orientação da  
Prof. Dra. Lilians Rolfsen P. Segnini. *6, +*

*Petrucci, 1949 -*

*SP 00000 7629*

Comissão Julgadora:

  
\_\_\_\_\_  
Zilda de B. S. Duarte

\_\_\_\_\_  
Zilda de B. S. Duarte

## AGRADECIMENTOS

A meus amigos incondicionais, Agenor e Maria Edith, Antonio e Marga, pela sua hospitalidade, apoio, carinho e confiança, os quais foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

A Gabriel e Bethânia, pela ajuda, pela compreensão e pelas suas renúncias.

A minha orientadora Líliana, que soube respeitar os meus tempos e as minhas dificuldades, pela confiança e alegria.

À professora Solange, que sempre me incentivou para a realização desta pesquisa.

À professora Angela Tude de Souza, que possibilitou o acesso a conhecimentos novos para mim e que se fazem presentes neste trabalho.

Aos professores da "Escuela Universitaria de Enfermería" (Uruguai), pelo apoio, confiança e paciente espera.

A meu tio o professor Miguel Soler, pelo estímulo permanente e por ter estado sempre disposto a me fornecer material bibliográfico da Espanha.

Aos professores e colegas da UNICAMP, especialmente Rosa, Lílham e Isabel, que em diversos momentos deram o seu apoio.

À FAPESP e à CAPES, pelo apoio financeiro indispensável.

A minha família, meu marido e a meus filhos, pela ajuda durante o último mês, e, a minha mãe, pela confiança.

## RESUMO

O objetivo desta dissertação é analisar no interior da prática de enfermagem os elementos que contribuem para o processo de socialização de seus profissionais.

A partir da revisão bibliográfica é analisada a articulação entre as práticas médica e de enfermagem, destacando diferentes aspectos que marcam o papel subalterno desta profissão.

Na pesquisa de campo realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras, auxiliares de enfermagem e médicos de instituições hospitalares de Montevideu, analisando suas representações sobre a enfermagem como profissão e a prática cotidiana da enfermeira uruguaia. São identificados os elementos ideológicos que permeiam esta prática e contribuem na construção de uma identidade específica. Também são apontados novos elementos de análise como a autonomia, a qualificação e as resistências no cotidiano desta prática profissional.

## ABSTRACT

The objective of the dissertation is to analyze, by looking at the nursing practice, the elements contributing to the process of socialization of nursing professionals. Beginning with a bibliographical review, the articulation between the nursing and medical practices is analyzed, with an emphasis on the various aspects that denote the subordinated role of that profession.

During the field work, semi-structured interviews with nurses, nursing assistance and Medical Doctors were carried out, looking at both their representations of nursing as a profession and the daily practices in Uruguayan nursing. The ideological elements that pervade these practices and contribute to the construction of a specific identity are indicated. There are also pointed out new elements of analysis, such as autonomy, qualification and resistance in the quotidian of this professional practice.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
-----------------	---

### CAPÍTULO I

#### EXPANSÃO E ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA NA HISTÓRIA.

1. Os diferentes modelos médicos no processo de medicalização da sociedade.....	15
2. Organização da medicina contemporânea.....	34
3. A hegemonia médica na saúde.....	41

### CAPÍTULO II

#### O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA HISTÓRIA.

1. A origem e o caráter predominantemente feminino na enfermagem.....	53
2. A profissionalização da enfermagem.	
2.1. Antecedentes.....	60
2.2. Florence Nightingale e a enfermagem profissional.....	64
3. Organização do trabalho de enfermagem.....	71
3.1. Taylorismo na enfermagem.....	74
3.2. Escola de Relações Humanas na enfermagem.....	81
4. O saber de enfermagem.....	89

### CAPÍTULO III

#### A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO URUGUAI.

1. Medicalização e poder médico na sociedade uruguaia.....	101
2. A enfermagem pré-profissional.....	108
3. A profissionalização da enfermagem no Uruguai.....	111
4. A atual organização do trabalho de enfermagem.....	127

### CAPÍTULO IV

#### AS REPRESENTAÇÕES DA PRÁTICA COTIDIANA DE ENFERMAGEM

NO URUGUAI.....	139
1. A Identidade Profissional da Enfermagem uruguaia a partir das representações.....	142
2. Autonomia e qualificação nas práticas de enfermagem hospitalar	
2.1. Autonomia.....	160
2.2. Qualificação .....	174
2.2.1. Participação e qualificação.....	178
2.2.2. A responsabilidade do processo pedagógico.....	181
2.2.3. Níveis hierárquicos e qualificação nas instituições analisadas.....	188
3. As formas de resistência cotidianas no trabalho de enfermagem.....	195
CONCLUSÕES.....	206

BIBLIOGRAFIA.....	218
ANEXOS	
Roteiros de entrevistas.....	225

## INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo analisar o processo de socialização na formação e na prática profissional da enfermagem, que implica na transmissão de conhecimentos, destrezas e habilidades para o desenvolvimento do trabalho, e na transmissão ideológica do papel de subordinação ao trabalho médico.

Existe na saúde, uma luta entre os profissionais pelo espaço de atuação onde o médico aparece como a categoria hegemônica. Os conflitos se apresentam também no interior do trabalho de enfermagem. A adequação deste profissional às exigências do posto e do serviço não se processa sem manifestações de conflitos nas relações entre os diferentes profissionais de saúde. Além disto, a enfermagem sofre transformações no seu interior, cada vez mais se integra por um número maior de agentes que, teoricamente, têm delegadas distintas tarefas e responsabilidades e, no cotidiano, percebem as suas atividades pouco diferenciadas.

Esta é a situação vivida na prática cotidiana pelos profissionais de enfermagem e da saúde que, por sua vez, não só se submetem a esta situação mas também, às vezes, reagem, resistindo.

É a partir deste contexto que são procuradas as explicações teóricas que permitem a compreensão da prática profissional de enfermagem. Na bibliografia existente no Brasil, foi comprovado que, a partir da década de 80, aparece um número

importante de publicações que fazem referência à prática profissional da enfermagem em geral e brasileira, analisando historicamente esta prática e fazendo uma crítica que tenta romper com a história de passividade e de reprodução das ideologias nesta profissão.

A partir destas análises, esta dissertação procura compreender uma realidade concreta: a enfermagem uruguaia.

Deve-se considerar, que no Uruguai existem poucas análises descritivas da situação de trabalho da enfermagem, e, menos ainda, análises críticas desta prática. Isto se deve à estagnação que tem sofrido a docência e a pesquisa na enfermagem uruguaia durante o período da Ditadura Militar (1973-1985). Tampouco existem ainda cursos formais de especialização nem de pós-graduação em enfermagem. Apesar disto, foi percebido uma grande preocupação entre as enfermeiras, principalmente docentes, e no interior da associação destes profissionais, por analisar criticamente esta prática.

Desta maneira, foi decidido realizar a análise desta temática através do Mestrado em Ciências Sociais aplicadas à Educação, da Faculdade de Educação da Universidade de Campinas, para poder concretizar um projeto de pesquisa que permitisse a compreensão e a análise desta prática profissional e assim aportar elementos para a discussão desta temática entre os profissionais uruguaiois.

É importante ressaltar que esta pesquisa da enfermagem uruguaia aponta para a análise de novos elementos, que ainda têm sido pouco explorados nas análises da prática de enfermagem a saber: a autonomia, a qualificação, assim como também as resistências no cotidiano da prática profissional a partir das representações dos

próprios profissionais. A análise destes elementos poderia ser vista como a contribuição fundamental deste trabalho.

Como referencial teórico foram utilizados diversos aportes dentro da corrente, que permitiram dar maior explicitação às categorias a serem estudadas. A compreensão da expansão da prática médica a partir da medicalização da sociedade é realizada a partir de Foucault e de Donnangelo.

Para analisar a organização do trabalho na saúde, foi utilizado o referencial teórico a partir dos conceitos de mercadoria e trabalho em Marx.

A compreensão do médico como agente do projeto hegemônico é baseada no conceito de hegemonia em Gramsci.

O poder que se gera a partir da apropriação do saber é analisado a partir de Foucault.

Para realizar a crítica às teorias administrativas que foram aplicadas na enfermagem (Taylorismo e Escola de Relações Humanas), consideraram-se os aportes de Tragtenberg e de Bravermann, este último a partir de sua análise sobre o "Trabalho e Capital Monopolista".

Por último, para a análise da ideologia, das representações e resistências foi utilizado como referencial teórico Chauí nas obras referentes ao conformismo e resistência.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, uma primeira teórica, realizada no

Brasil, e uma pesquisa de campo feita em instituições assistenciais hospitalares de Montevideu, Uruguai.

A metodologia utilizada baseou-se em duas técnicas:

1) Recuperação bibliográfica, para a análise histórica da expansão e organização da prática médica. Também através desta técnica foi realizada a análise histórica da prática de enfermagem, das expressões do seu saber, assim como também, das teorias administrativas que foram aplicadas na organização interna do seu trabalho.

Por último, foi utilizada a recuperação bibliográfica para realizar a reconstrução histórica da prática de enfermagem no Uruguai e para a compreensão da expansão do poder médico nesta sociedade.

2) Entrevistas: com profissionais médicos e de enfermagem que trabalham em hospitais. As mesmas foram parcialmente estruturadas para possibilitar longas considerações a respeito dos temas: a formação e atuação profissional, assim como relações de poder e conflito entre os profissionais pesquisados. Nelas foram consideradas as manifestações de submissão e resistência no cotidiano da prática de enfermagem (ver roteiros de entrevistas em anexo). Realizaram-se no total 14 entrevistas gravadas, das quais 8 correspondem a enfermeiras de diferentes níveis hierárquicos, 3 com auxiliares de enfermagem e 3 com médicos. As enfermeiras entrevistadas correspondem aos seguintes níveis hierárquicos: 1 chefe de divisão, 2 chefes de departamento, 2 supervisoras, 1 chefe de andar, 2 enfermeiras de sala.

Foram selecionadas duas instituições assistenciais de saúde, uma pública e outra privada. O "Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela" foi escolhido por ser a unidade

maior do setor público (pelo número de leitos e volume de atendimentos). A instituição privada escolhida foi a "Cooperativa de Asistencia Médica del Uruguai", a maior instituição de assistência médica coletiva de Montevideu em número de filiados e de empregados.

No interior de cada instituição e para a realização das entrevistas, foi selecionado um serviço em que estivessem representados a categoria médica e todos os níveis hierárquicos de enfermagem.

As dificuldades vivenciadas, no decorrer dos três anos que tem consumido a realização deste trabalho, correspondem primeiramente à necessidade de diminuir a abrangência do projeto inicial. Não foi possível realizar uma pesquisa para todas as instituições onde a enfermagem desenvolve as suas atividades.

Posteriormente, este trabalho teve novamente que ser recortado durante a análise das entrevistas pela escassez do tempo, não podendo abordar profundamente todos os temas que surgiram nas entrevistas.

A extensão das entrevistas, cuja duração média foi de aproximadamente uma hora e meia, gerou uma outra dificuldade sentida no momento da transcrição das mesmas, um maior tempo do que o previsto para a realização desta atividade.

Outra dificuldade, vivenciada na realização do capítulo referente à prática de enfermagem no Uruguai, foi a descoberta de escassez de material bibliográfico referente à história da enfermagem uruguaia e à organização deste trabalho o que criou problemas para a realização deste capítulo.

No capítulo I analisa-se a expansão e organização da prática médica na história. Nele são considerados os diferentes modelos médicos que se constituem a partir do processo de medicalização da sociedade, a organização da medicina contemporânea e a hegemonia médica na saúde.

No capítulo II, referente ao trabalho de enfermagem na história, são analisados: a origem e o caráter predominantemente feminino na enfermagem, o processo de profissionalização da enfermagem e a organização do trabalho de enfermagem. Neste último item, são considerados a aplicação de duas correntes administrativas ao trabalho de enfermagem, o Taylorismo e a Escola de Relações Humanas. Neste capítulo é abordada ainda, a questão do saber de enfermagem e suas diferentes expressões.

O capítulo III analisa as especificidades das transformações ocorridas no trabalho de enfermagem uruguaio. Por sua vez, são tratados a conquista do poder médico e a medicalização da sociedade uruguaia, a enfermagem pré-profissional e o processo de profissionalização da enfermagem uruguaia, e a atual organização deste trabalho.

No capítulo IV são apresentados os resultados da pesquisa de campo. Partindo das representações do trabalho cotidiano da enfermagem, foram analisados os elementos ideológicos que constroem a identidade profissional da enfermagem, a relação entre a autonomia e a qualificação nesta prática e, por último, as formas de resistência que se apresentam no trabalho cotidiano.

Finalmente, torna-se relevante salientar que a necessidade da compreensão

teórica da prática profissional da enfermagem emerge a partir da própria prática da autora durante 10 anos, tanto em centros assistenciais hospitalares em Montevideu, como em docência na cidade do México.

## I. EXPANSÃO E ORGANIZAÇÃO DA PRÁTICA MÉDICA NA HISTÓRIA.

### 1. Os diferentes modelos médicos no processo de medicalização da sociedade.

A transformação histórica das práticas médicas está estreitamente vinculada à estrutura econômica, política e ideológica das diferentes sociedades; assim como também à política de saúde e à consideração das doenças como problema "político-econômicos". Estes surgem nas comunidades e impõem o desafio de sua resolução, requerendo que o Estado assuma o papel protagonista de organizador e controlador-gestor dessa política.

Este processo de transformação das práticas médicas vai constituindo diferentes "modelos" médicos que se desenvolvem a partir do século XVIII na Europa.

Diferentes autores estudam a história da "medicalização da sociedade" (1) O termo medicalização criado por Illich (1975) para descrever a invasão pela medicina de um número cada vez maior de áreas da vida individual, de cada etapa da vida humana, foi reinterpretado por Donnangelo (1979) para definir a extensão institucionalizada da prática médica para o âmbito de toda a sociedade, "que não correspondeu a um simples e linear aumento de um consumo específico, e sim que ela se deu através de uma complexa dinâmica econômica e política na qual se expressaram

---

<sup>1</sup>. Foucault, 1977; Donnangelo, 1979; Vilaça, 1984.

os interesses e o poder de diferentes classes sociais" (Donnangelo, 1979:33).

Nas raízes da medicalização não é o cuidado médico que então se generaliza e sim uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e de interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida. (Donnangelo, 1979:47) (grifos nossos).

A medicina reorienta suas práticas na medida em que se vincula ao poder político-econômico da nova forma de acumulação da riqueza, que se consolida com o mercantilismo. (2)

"As medidas referentes ao enquadramento de população no processo de reorganização social durante o mercantilismo constitui o elemento imediato de uma reestruturação no campo médico" (Donnangelo, 1979:49). A partir daí, o objeto de medicalização vai modificando-se historicamente de acordo com as novas estratégias econômicas e políticas adotadas. Primeiramente, no começo do século XVIII, a extensão do campo de normatividade da medicina vai dirigir-se ao Estado alemão, desenvolvendo a chamada Medicina de Estado. Posteriormente o espaço urbano é alvo de interferência médica correspondendo ao modelo da Medicina Urbana, versão

---

<sup>2</sup>. Forma de organização social, não só econômica mas também política, que consiste em controlar os fluxos monetários, entre as nações, os fluxos de mercadorias correlatos e a atividade produtiva da população que se desenvolve nos Estados nacionais no período que vai do século XV ao século XVIII (Foucault, 1985:82). Esta etapa histórica do desenvolvimento das economias nacionais está baseada no modo de produção capitalista chamado por Marx de "manufatura", que permite, graças à divisão do trabalho ou à exploração do trabalhador avulso, diminuir o preço de custo das mercadorias, acelerando a acumulação do capital (Deyon, 1973:88).

francesa da Polícia Médica alemã. A seguir, o hospital é medicalizado, trazendo a medicina para o espaço hospitalar. A atuação médica estende-se posteriormente ao interior da família. Em seguida, são medicalizados os pobres e a classe trabalhadora no modelo inglês da Medicina Social. Na Medicina Científica o objeto de medicalização é o corpo humano, que será estudado como força de trabalho. Por último, a prática médica estende-se para as populações marginais, no modelo da Medicina Comunitária. A seguir, analisar-se-ão os diferentes "modelos" com maior profundidade.

Com o surgimento do mercantilismo, a população já não constitui uma massa dispersa de indivíduos sobre um território, se produz o aparecimento dos conceitos de "povo" e "nação", que correspondem a uma conceitualização progressiva do Estado como representante do "interesse geral" (Donnangelo, 1979:49). A reorganização social, cuja finalidade é a utilização eficaz da população, depende da consideração dos problemas da saúde e da reestruturação do campo médico. Por sua vez, esta ação leva a reforçar e consolidar o Estado. "O ser humano converteu-se numa provisão preciosa para um Estado, não só porque produz riquezas, mas também porque é uma garantia de seu poderio militar. Em consequência, toda perda humana passa a ser considerada um dano para o Estado" (Badinter, 1985:154).

Na Alemanha de começos do século XVIII o Estado constitui-se em objeto, instrumento e locus da transformação de conhecimentos, que, segundo explica Foucault, deve-se à falta de um Estado unitário, ou seja, à justaposição de "pseudo-

estados" ou pequenas unidades estagnadas economicamente, com perpétuos conflitos e afrontamentos, com "a balança de forças sempre desequilibradas e mutantes, fizeram com que eles estivessem obrigados a se medir uns aos outros, se comparar, imitar seus métodos e tentar mudar as relações de força" (Foucault, 1985: 81).

A situação político-econômica exige um conhecimento por parte do Estado das estatísticas vitais, de seus recursos e funcionamento, o que explica o desenvolvimento de uma Medicina de Estado, como afirma Foucault (1985:80). De acordo com este autor, a finalidade desta Medicina é melhorar o nível de saúde dos indivíduos, enquanto membros integrantes de uma nação, aumentando assim, o poder estatal em seus conflitos econômicos com seus vizinhos (Foucault, 1985:82).

A intervenção do Estado torna-se efetiva através da Polícia Médica, conceito criado por Wolfgang Thomas Rau em 1764 e difundido por Johan Peter Frank a partir de 1779 não somente na Alemanha, mas também em muitos outros países (Rosen, 1979:165,171). Seu significado prático centrou-se em "atividades administrativas e reguladoras referentes ao controle de doenças transmissíveis, à organização e supervisão do pessoal médico, ao saneamento do meio e à oferta de cuidados médicos aos indigentes" (Rosen, 1979:173).

O controle que o Estado exerce sobre a profissão médica traduz-se na normalização de seu ensino, de sua prática e de seu saber, conforme salienta Foucault:

"A medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico" (Foucault,

1985:83).

A oficialização da medicina universitária pode ser considerada um primeiro passo no processo de profissionalização da prática médica, onde se produz a absorção das práticas de saúde pelo ensino formal. Aos médicos formados é concedido (pelo Estado) o direito de exercer a arte de curar. Para eles está reservada assistência privada aos privilegiados (realeza e nobreza).

O movimento da polícia médica influenciou toda a Europa, assumindo características diferentes na França e na Inglaterra "onde foi limitado às áreas da vida da comunidade, na qual a ação governamental era mais aceita" (Rosen, 1979:172). Este movimento esteve estreitamente ligado a medidas sanitárias de desenvolvimento urbano e de melhoria das condições de trabalho.

O modelo que se desenvolve na França no final desse século constitui a chamada "Medicina Urbana" ou "medicina do espaço urbano". O elemento político determinante deste novo modelo é o processo de unificação dos espaços políticos e geográficos (a cidade francesa era constituída por múltiplos territórios heterogêneos), assim como também a unificação do poder urbano, frente à presença de poderes senhoriais rivais, de comunidades religiosas, corporações e, inclusive, do próprio Estado.

Duas questões são levantadas por Foucault quanto à necessidade da unificação do poder urbano. A primeira é econômica. Considera a cidade não somente um lugar

de mercado, mas um lugar de produção. A segunda é política. A unificação do poder urbano exerceria eficientemente o controle da população pobre que aparece nesse momento, como resultado da incipiente industrialização que provoca um clima de grande tensão e enfrentamentos entre ricos e pobres (Foucault, 1985:86).

A integração dos pobres à estrutura produtiva e o controle da população urbana, exige que se organize a cidade sob um poder único.

O pânico urbano que se desenvolve na população frente à cidade, a seu tipo de vida, à propagação de enfermidades epidêmicas, aos cemitérios, aos dejetos, gera uma inquietude político-sanitária que levou, segundo Foucault, à intervenção do modelo médico e político da quarentena, que se faz efetivo como mecanismo de exclusão e exílio, purificando o espaço urbano frente aos casos de lepra e como mecanismo de vigilância e hospitalização frente aos casos de peste (Foucault, 1985:87-89).

A medicina urbana, expressão concreta de uma medicalização do ambiente, require uma prática de "engenharia" na qual o médico participara, não através de uma interferência direta, mas através da detecção dos problemas.

Foucault (1985:89-91) identifica neste modelo médico, três objetivos:

a) analisar os espaços urbanos que poderiam provocar doenças, em especial, os cemitérios e matadouros de animais.

b) controlar a circulação dos principais fatores patogênicos considerados naquela época, como o ar e a água.

c) organizar a distribuição e sequência dos elementos da vida em comum nas cidades (esgotos e fontes).

Nesse contexto, o hospital que até o momento é uma instituição tanto de assistência ao pobre quanto de exílio e exclusão dos doentes (onde não existe a função médica), aparece também em nível local como uma indispensável medida de proteção. Proteção das pessoas sadias frente à doença, e posteriormente com a presença do médico no hospital, proteção dos doentes contra as práticas dos ignorantes. (Foucault, 1986:68)

Para Foucault, a reorganização do hospital se faz efetiva em meados do século XVIII com a presença do médico que vai agrupar as doenças por ordens, tipos e espécies num domínio racionalizado, distribuir espacialmente os indivíduos e gerir os mesmos através do poder disciplinar. A medicalização do hospital o transforma de lugar de exílio e exclusão do pobre em instrumento de cura do doente. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, ao disciplinamento do espaço hospitalar e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médica que fazem do hospital o "locus" indispensável ao exercício do trabalho médico. (Foucault, 1985:69,101,107)

Os hospitais marítimos e militares (do século XVII) tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar. Eram considerados foco de desordem econômica devido ao tráfico ilegal de mercadorias, matérias-primas, objetos preciosos, especiarias etc., por parte de indivíduos que levados ao hospital como doentes

escapavam do controle econômico da alfândega. Por sua vez, os hospitais também eram considerados foco de desordem médica já que existia a possibilidade de desembarque de pessoas portadoras de doenças epidêmicas, com o conseqüente risco para o resto da população. (Foucault, 1985:103)

Desta forma a desordem significava doença, portanto era preciso purificar o hospital dos efeitos nocivos que a desordem lhe acarretava.

Em relação ao saber, nesta época, a doença deixa de ser considerada em torno da noção de crise (onde se afrontavam o doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava), para ser compreendida como fenômeno natural. "A doença, é a natureza, mas uma natureza devida a uma ação particular do meio sobre o indivíduo (...) A água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença (...) . A cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, (...) mas ao que a circunda" (Foucault, 1985:107).

A instância prévia e imediata à medicalização dos indivíduos (que se fará efetiva no modelo da "Medicina Social" na Inglaterra) é constituída pela reorganização da família. Este elemento em que se apóia o Estado em fins do século XVIII, tende a assegurar e conservar a ordem pública ameaçada pela tensão social existente como consequência do aumento considerável do número de pobres. A transformação da família constitui o princípio reorganizador da sociedade, que será dirigido

diferenciadamente com relação a dois pólos: às classes burguesas e aos pobres. (Donzelot, 1980:21-22)

Diferentes relações entre os integrantes da família eram regidas por um conjunto de obrigações impostas a pais e filhos pelo Estado, através de um corpo profissional médico qualificado.

A intervenção normativa estatal na família burguesa foi feita através do médico, que se implanta no seu interior para difundir a medicina doméstica, baseada na higiene e em conselhos educativos. Tais conhecimentos e técnicas vão permitir às mães burguesas um controle total de seus filhos, que desde o século XVII até o momento estavam sendo educados pelos serviçais ou "amas de leite", "governantas" e "preceptores" (Badinter, 1985:67).

"A implantação direta do médico na molécula familiar, constitui o melhor meio de sustar as tentações dos charlatões e dos médicos não qualificados", que, improvisando, impediam um discurso homogêneo no corpo médico. (Donzelot, 1980:23)

"A aliança é proveitosa para as duas partes. O médico, graças à mãe, derrota a hegemonia tenaz da medicina popular das comadres e, em compensação, concede à mulher burguesa, através da importância maior das funções maternas, um novo poder na esfera doméstica" (Donzelot, 1980:25).

A intervenção dirigida às famílias pobres será feita sob a forma de campanhas de moralização e higiene da coletividade, o que permitirá dirigir suas vidas com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução. Este processo será efetivado

através da filantropia, da assistência financeira e médica a mulheres pobres, mães solteiras, viúvas, mães de famílias numerosas e mulheres operárias, assim como também pela extensão do controle médico à educação dos filhos, difundindo preceitos médicos e conselhos educativos às mães. (Donzelot, 1980:27-34).

Um terceiro modelo médico constitui a "Medicina Social", termo concebido por Jules Guérin em 1848 na França, cujos componentes foram: "a análise dos problemas sociais e de sua relação com a saúde e a doença; determinação de medidas para a promoção da saúde e a prevenção das doenças e, finalmente, a medicina como "terapia social" através do "fornecimento de meios médicos e outros meios para tratar com a desintegração social e outras condições que as sociedades podem experimentar. Nesse sentido, Guérin, viu a profissão médica como o grupo mais apropriado para usar este instrumento" (Donnangelo, 1979:57).

Embora este modelo se tenha manifestado por toda Europa, a Inglaterra constitui por excelência o cenário de seu desenvolvimento e formalização, onde o alvo da medicalização são a classe trabalhadora e os pobres. O grande crescimento industrial na Inglaterra a partir do aparecimento da primeira fábrica mecanizada (1718) torna hegemônicas as cidades, pelo incremento populacional explosivo urbano, devido ao desenvolvimento do proletariado industrial constituído por homens, mulheres e crianças. As relações de produção que se consolidam têm, de um lado, o capitalista dono da fábrica, da matéria-prima e dos instrumentos de trabalho, e do outro, os operários (artesãos arruinados e camponeses) obrigados a vender sua força de

trabalho.

Por sua vez o processo de irrupção do capitalismo na agricultura a partir do século XVII é fonte de liberação dos pobres (camponeses expulsos de suas terras) para as cidades, como o assinala Donnangelo (1979:62). As condições de vida em que se encontra o proletariado industrial, com jornadas de trabalho de 13-16 horas, moradias superlotadas e insalubres, salários baixos, ausência de serviços sanitários básicos, suscitam problemas de saúde como epidemias (de tifo, cólera e febre recorrente) assim como também alcoolismo e delinquência, não só na Inglaterra como em toda a Europa (Singer, 1981:19-24).

A pobreza "representa" "não a manifestação de efeitos negativos da estrutura social, mas a incapacidade puramente individual e portanto, um fato de responsabilidade também individual" (Donnangelo, 1979:63).

Tanto a classe trabalhadora, vista como a depositária de todos os males do crescimento econômico, quanto os pobres, constituem um perigo para os ricos. O número crescente deste homens pode torná-los uma força política capaz de revoltar-se, assim como uma fonte transmissora de doenças epidêmicas.

"Para a própria classe dominante urgia remediar a situação, criando condições mínimas para que a reprodução da força de trabalho pudesse se dar de modo sistemático e para que a capacidade de trabalho dos operários fosse preservada". A solução encontrada foi a intervenção do Estado através dos Serviços de Saúde (Singer, 1981:21).

A medicina inglesa torna-se social na Lei dos Pobres (1601 e sua Reforma em

1834) que introduz segundo Donnangelo "um princípio de intervenção médica que permite à pobreza o acesso em algum grau ao cuidado médico", através da assistência-proteção e assistência-controle que ela implica (Donnangelo, 1979:64). A Lei dos Pobres constitui um "cordão sanitário autoritário" imposto entre ricos e pobres, para tornar-os últimos aptos para o trabalho por meio de uma medicina assistencial (Foucault, 1985:95). Esta lei "instituiu as "workhouses", destinadas a abrigar os desvalidos - enfermos, inválidos, doentes mentais, velhos - e os desempregados que nelas eram postos a trabalhar" (Singer, 1981:23).

A medicina social inglesa possibilitou unir três elementos: a assistência médica ao pobre, o controle da saúde da força de trabalho e o esquadramento geral da saúde pública, e por outro lado - e nisso reside sua originalidade - permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: "uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc. e uma medicina privada que favorecia os que tinham meios para pagá-la" (Foucault, 1985:97). Esta originalidade fez com que a Inglaterra assumisse a liderança na saúde pública mundial, influenciando na Europa e América do Norte.

No século XIX, o médico adquire um importante papel na hierarquia econômica-social devido à incorporação da "clínica" (Bichat, 1810) como técnica de conhecimento do corpo humano, anatomo e fisiopatológico, num campo hospitalar reorganizado onde "a enfermidade toma corpo no corpo vivo dos indivíduos"

(Foucault, 1986:276). Este será o novo conteúdo científico da medicina que será valorizado e considerado capaz de contribuir ao melhoramento social.

Com o desenvolvimento da ciência, do "conhecimento científico" (que na medicina inicia uma verdadeira explosão de conquistas no campo da bacteriologia, assepsia, anestesia, desde meados do século XIX), e, posteriormente, com o acentuado processo de industrialização, estabelecem-se as condições para a gestão de um novo modelo médico que se conforma definitivamente nos EUA (país que passa a liderar o processo de industrialização mundial). O modelo médico do capital monopolista vai ligar o grande capital à corporação médica e às universidades. (3) A "medicina científica", como chama Vilaça, vai transformar os problemas sociais de solução política em problemas científicos de solução técnica ou tecnológica. (Vilaça, 1984:27)

A medicina passa a ser instrumento de reposição e reprodução da força de trabalho, assim como de controle social, necessário para garantir a continuidade do ciclo produtivo. O corpo humano, objeto da prática médica, passa a ser dirigido e manipulado por ela para a obtenção de efeitos específicos, orientados por uma concepção do que é "normal" ou "patológico". Mas também se faz necessário estudar o corpo humano, como força de trabalho "protegendo-o e restaurando-o de forma a maximizar a produção" (Vilaça, 1984:28).

A medicina científica se institucionaliza a partir da elaboração do Relatório

---

<sup>3</sup>. O capitalismo monopolista conforma-se em fins do século XIX e começos do século XX, através da concentração e da integração horizontal e vertical das indústrias, garantindo o controle generalizado sobre as operações econômicas e domínio dos mercados (Catani, 1986:58-60).

Flexner (1910) nos EUA (4). Marca de forma decisiva o processo de profissionalização, que normatizou a profissão médica e seu ensino com uma tendência marcadamente dirigida ao biológico, científico, técnico e especializado. Este novo modelo médico é constituído por um conjunto de elementos estruturais que se complementam e se potencializam e cuja finalidade será dirigir a prática médica. Um deles é o mecanicismo, que como nova forma de compreensão do corpo humano analisa-o como se fosse uma máquina constituída por diferentes partes, perdendo-se assim, a imagem da totalidade corporal.

A interpretação das doenças e das causas que as originam, restringe-se à ação dos agentes biológicos específicos, dando assim exclusividade ao enfoque biológico em detrimento do histórico e social (face ao impulso das descobertas da bacteriologia).

Outro elemento estrutural da medicina científica constitui a especialização que leva à segmentação do trabalho, aprofundando o conhecimento científico nessa atividade segmentada e criando por sua vez uma interdependência entre as diferentes especializações.

Ao mesmo tempo, desenvolve-se a tecnificação do ato médico, verificada pela invasão tecnológica a cargo de empresas multinacionais que dão ênfase à medicina

---

<sup>4</sup>. O Relatório Flexner foi produto da iniciativa da Fundação Carnegie dos Estados Unidos, que escolheu como objeto de trabalho estudos no campo da educação profissional em direito, teologia e medicina. O pressuposto desta Fundação era que melhorando e elitizando o treinamento de médicos, advogados e religiosos, esses profissionais estariam mais aptos a desempenhar, com sua liderança, um papel estabilizador nas comunidades. Nesse relatório é descrito um quadro caótico do ensino da Medicina no final do século XIX nos EUA e junto e são apresentadas propostas para sua normatização. O Relatório Flexner determinou uma hierarquização da educação médica que resultou, por sua vez, numa estrutura discriminatória privilegiadora de homens brancos de classe média alta. (Vilaça, 1984:30).

curativa, e cuja eficácia real ainda não foi comprovada (Vilaça, 1984:34). É na medicina curativa, fundamental para repor o mais rapidamente possível os indivíduos no trabalho, que a incorporação de novas técnicas ocorre mais intensamente.

A concentração espacial e institucional de recursos médicos constitui outro elemento a salientar, cuja característica urbano-cêntrica e hospitalo-cêntrica orienta sua produção, assim como as condições de mercado a que fica sujeita (Vilaça, 1984:35).

As extraordinárias mudanças científico-tecnológicas que incidem no campo de diagnóstico e terapêutica, determinam o surgimento cada vez maior de novos instrumentos e aparelhos mais sofisticados. Amplia-se desta forma o espaço da medicina; ela já não será só instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho, mas também será importante estimulador do consumo de bens, através dos equipamentos sofisticados e medicamentos que produzem riqueza (Silva, 1986:64-65).

O serviço médico, como objeto de consumo, passa a ser produzido pelos diferentes laboratórios farmacêuticos e de equipamentos médicos, que por sua vez geram uma "necessidade" de consumo nas pessoas doentes ou daqueles que potencialmente poderiam ser-lo.

Como afirma Foucault, a medicina vai-se transformando em uma mercadoria que pode ser comprada no mercado; ela é "necessidade" para uns e lucro para outros. (Foucault, 1978:30 in: Silva, 1986:63).

Paralelamente a este modelo, começa a implementar-se nos EUA na década de 60, um movimento de atenção médica que na análise de Donnangelo, confunde-se com

o programa assistencial de "guerra contra a pobreza" dos governos Kennedy e Johnson (Donnangelo, 1979:88). A nova estratégia estatal cristaliza-se em programas destinados a proporcionar educação elementar, assistência jurídica, treinamento profissional, assistência médica, etc. a uma parcela delimitada da população norte-americana considerada "pobre".

Na sequência do processo de medicalização, constitui-se um novo modelo médico como resultado do ajuste do Estado às novas demandas da sociedade capitalista que deverá tomar por objeto as "categorias sociais até então excluídas" (Donnangelo, 1979:71). É a extensão da cobertura de assistência médica a populações marginais cujo modelo, diferentemente do modelo da medicina científica, é tecnologicamente simplificado e barato, não auferindo lucros atrativos. Este é o elemento que obriga o Estado a absorver estas atividades, adquirindo coletivamente o compromisso na Conferência da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma Ata (URSS 1978).

A "Medicina Comunitária" ou "Atenção Primária em Saúde", como é chamado este modelo, começa a ser difundido na América Latina na década de 70, por intermédio de Agências Internacionais (OMS- OPS) e fundações privadas norte-americanas, que financiam programas experimentais em diferentes países.

Diversos autores vão analisar o caráter da medicina comunitária nas formações sociais capitalistas. Vilaça considera a medicina comunitária como "uma prática médica de caráter *complementar*, num sistema dual onde ela coexiste com a medicina científica. Seu objeto são as categorias sociais excluídas do processo de medicalização

fleuxeriano (a partir do modelo da "Medicina Científica"). Desta forma, a emergência desse novo modelo de prática médica não substitui, pela exclusão, a medicina científica que continua a ocupar o seu espaço hegemônico; o de atendimento às demandas das categorias sociais privilegiadas" (Vilaça, 1984:46).

Para Donnangelo, a medicina comunitária vai constituir uma "prática alternativa paralela à organização dominante da assistência médica" para marginalizados rurais e urbanos, que se faz efetiva através de um mecanismo disciplinador repressivo. (Donnangelo, 1979:85).

Esta medicina comunitária adotada nos países capitalistas "difere grandemente em suas funções, em seu conteúdo e na sua forma de organização da medicina comunitária que se pratica em certos países socialistas. Nesses países, a medicina comunitária é substitutiva da medicina científica, na medida em que constitui um sistema único" (Vilaça, 1984:46).

A medicina comunitária como prática médica não hegemônica, complementar da medicina científica destinada a populações marginalizadas, caracteriza-se por ter por objeto a comunidade local, por esta ser identificada como o espaço onde se estabelece grande integração e se compartilham interesses comuns.

Mediante a utilização da equipe de saúde, este modelo "reforça o processo de constituição do trabalho coletivo, através da reestruturação do trabalho médico, via delegação de funções" (Vilaça, 1984:58).

A divisão do trabalho é realizada segundo níveis de qualificação da força do trabalho. O pessoal auxiliar recrutado nas próprias comunidades (e transformados em

agentes de saúde) constituem a ampla base da pirâmide e uma força de trabalho de baixo custo. O pessoal mais qualificado encontra-se no vértice da pirâmide, delegando funções ao pessoal auxiliar, separando cada vez mais o trabalho intelectual do manual.

Na delegação de funções está ideologicamente encoberta a racionalização do trabalho em saúde, que permite uma economia de trabalho qualificado, fazendo com que, teoricamente, uma dada quantidade de serviços possa ser oferecida a um preço menor. (Nogueira, 1983:63)

A participação comunitária, como outro elemento estrutural deste modelo, voltada para a resolução dos problemas locais, será estimulada pela equipe de saúde.

Na realidade não se tem conseguido senão uma participação restrita ou atividades de colaboração, sendo que não tem sido abertos, "canais que permitam uma participação no nível das grandes decisões de caráter nacional" (Vilaça, 1984:60), ao que corresponderia uma verdadeira participação.

Outro elemento que na Medicina Comunitária deve ressaltar-se na procura pela recomposição do sentido totalizador do ato médico é a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas, cuja finalidade racionalizadora, permitirá ao ato médico tornar-se mais eficaz e eficiente (Vilaça, 1984:53). Já a desconcentração de recursos pretende viabilizar a universalização dos cuidados primários. Este elemento assenta-se em dois conceitos básicos para a Medicina Comunitária: a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde. "A regionalização implica demarcação de regiões que apresentam uma certa homogeneidade, as quais terão uma nítida interdependência espacial e distribuição de recursos de saúde suficientes à

população" (Vilaça, 1984:54).

No conceito de hierarquia os serviços de saúde "devem-se organizar numa ordem de complexidade crescente das unidades operacionais" (Vilaça, 1984:54).

Unido à hierarquização dos serviços aparece um outro elemento assinalado por Vilaça que é a utilização de tecnologia apropriada. Deverá ser uma tecnologia fundamental, ou seja, que tenha impacto real na saúde, que seja adequada à cultura local, simples e de baixo custo. (Vilaça, 1984:56). Por último, a Medicina Comunitária procura incluir na sua prática as práticas médicas alternativas populares, reconhecendo assim sua extrema riqueza e sua grande aceitação, mas sem a preocupação por recriá-la e desenvolvê-la cientificamente (Vilaça, 1984:57)

## 2. Organização da medicina contemporânea.

No mundo capitalista após a segunda guerra mundial a medicina contemporânea transforma-se em uma atividade empresarial e sofre importantes modificações no interior da organização técnica e social do trabalho médico e de outros profissionais da saúde.

Esta transformação é determinada, segundo Possas (1980: 377), por dois fatos:

a) a expansão do setor saúde como um setor capitalista, ou seja, a introdução da lógica do lucro e da acumulação de capital na cura dos doentes.

b) a incorporação de tecnologia moderna na área médica, fruto do progresso técnico e científico de começos do século, que levam a uma complexidade e sofisticação crescentes no setor (uso de computadores para administração, aplicação de automação em exames complementares, em equipamentos de diagnóstico médico e de monitoramento usados pela enfermagem, entre outros). (Possas, 1980: 377)

A consequência imediata desta transformação no setor saúde é o aumento vertiginoso do custo do cuidado médico, dado pelo encarecimento dos novos equipamentos de diagnóstico e terapêutica utilizados, o que leva cada vez mais a uma concentração institucional da atenção médica. Por sua vez, aumenta a demanda de especialistas para manipular esses novos equipamentos, o que levou à especialização e super-especialização dos profissionais médicos e à obrigatoriedade do surgimento de novas profissões.

Constitui-se na saúde o "trabalhador coletivo" (5) que em oposição ao trabalhador liberal artesanal combina diferentes capacidades de trabalho social correspondentes a diferentes profissionais e especialistas que trabalham num regime de cooperação (6) técnica, sob uma hierarquia de poder, onde o médico tem a hegemonia, e aparece como agente intelectual de trabalhos cada vez mais parcelados. Nesta divisão técnica do trabalho no sentido horizontal, "o trabalho passa a depender cada vez menos da habilidade artesanal de cada um dos elementos que o compõem e cada vez mais de uma organização coletiva de produção, caracterizando-se por uma interdependência crescente em torno de uma diversificação técnica" (Possas, 1980:379).

No serviço médico-hospitalar, diferentes coletivos de trabalho se integram por serviço, onde podemos encontrar o médico especialista, diferentes níveis de enfermagem, pessoal técnico e administrativo, de limpeza, etc.

A divisão técnica do trabalho manifesta-se no interior de cada profissão da saúde, onde os trabalhadores são ordenados obedecendo em primeiro lugar a princípios de comando, controle e autoridade e, em segundo lugar, em função de princípios de competência e destreza, constituindo-se em diversos coletivos de trabalho por profissão.

---

<sup>5</sup>. Este termo implica, para a teoria marxista, a comunicabilidade das partes internas de um processo. São atividades parcelares, dependentes umas das outras, para chegar a um produto ou mercadoria (Marx, 1978:263).

<sup>6</sup>. Marx chama cooperação à "forma de trabalho de muitos operários coordenados e reunidos com arranjo a um plano no mesmo processo de produção ou em processos de produção distintos porém entrelaçados" que corresponde à divisão manufatureira do trabalho. (Marx, 1978:262)

Esta divisão técnica do trabalho no sentido vertical, permite o incremento de produtividade do setor, como consequência da redistribuição das tarefas entre o pessoal de distintos níveis de qualificação. As tarefas mais simples (e numerosas) ficam o pessoal de nível médio e elementar e as tarefas de controle e supervisão para o pessoal mais qualificado, estimulando desta forma a divisão entre o trabalho intelectual e manual. A economia de trabalho mais qualificado permite que se ofereça uma quantidade de serviços a preço menor e com margem de lucro maior. (Nogueira, 1983:63-64)

A coletivização dos produtores de serviços de saúde assinala a superação da fase histórica em que praticamente a totalidade da assistência à saúde era assumida e monopolizada por profissionais autônomos (organização liberal das práticas de saúde). O assalariamento é uma tendência inexorável tanto para o médico quanto para os outros profissionais da saúde.

Inicialmente o assalariamento médico representou uma nova alternativa de trabalho para aqueles que optaram pelo setor público como campo de realização profissional mais ligado à saúde pública, ou ainda, como um elemento de estabilidade e segurança financeira frente às adversidades no exercício da profissão. Posteriormente, a admissão a um emprego nos hospitais tinha como finalidade última a sustentação do trabalho independente, seja mantendo um "status" profissional que permitia conseguir maior clientela ou garantindo uma remuneração fixa. (Sucupira, 1978:47)

Atualmente, na medicina como atividade capitalista, dentro de um mercado

subordinado ao capital, o assalariamento passa a se constituir na principal forma de inserção do médico no mercado de trabalho. "Enquanto a medicina liberal é caracterizada por liberdade de instalação, propriedade do consultório, pagamento direto pelo ato médico, a medicina assalariada se caracteriza por não propriedade das instalações profissionais, o contrato de trabalho como uma coletividade ou um empregador, comportando uma subordinação administrativa" (Lafitte, 1978:18).

Nesta modalidade de trabalho "o trabalhador de saúde não detém mais a posse e a propriedade de seus meios de trabalho" (Cordeiro, 1983:22). Deve vender-se ao produtor de serviços de saúde como força de trabalho, e o produto desse processo de trabalho se transforma numa mercadoria, isto é num bem vendível no mercado, o qual deixa de pertencer-lhe. "A clientela não será subordinada tampouco ao controle do trabalhador de saúde, e a fixação do preço de consulta, do atendimento, etc., não depende do profissional de saúde. Existe uma separação entre o objeto de intervenção médica, ou seja, a clientela, os meios de trabalho e os agentes desse processo de trabalho", que responde a transformações empresariais de cunho capitalista no setor de serviços de saúde. (Cordeiro, 1983:22-23)

O processo de socialização do trabalho se transforma também em processo crescente de alienação. O trabalho médico e dos diferentes profissionais da saúde sofre um acentuado processo de alienação, compreendido como "a perda progressiva

do controle por parte do trabalhador sobre sua própria atividade” (7) (De Palma, 1972:33) (tradução do autor). Alienação que no caso dos médicos representa uma restrição ao exercício de seu poder hegemônico na saúde.

Este processo de expropriação do controle e do saber do trabalhador médico e da saúde passa por diferentes momentos:

a) perda de sua autonomia como trabalhador independente ao vender-se como força de trabalho ao capitalista. Converte-se em assalariado.

b) redução do campo de abrangência do seu saber, na especialização, onde o trabalhador passa a desempenhar uma função exclusiva de forma que se torna inutilizável a sua antiga habilidade artesanal de cuidar do indivíduo integralmente. Esta realidade é predominante para o trabalhador médico, porém convive ainda com “ilhas” artesanais.

c) por último se produz o estranhamento, onde a expropriação do saber e do controle se faz efetivo na subordinação às normas técnicas introduzidas pelas inovações tecnológicas (equipamentos e medicamentos). O discurso da racionalização dos serviços de saúde faz a atividade cada vez mais desconhecida e alheia ao trabalhador médico e da saúde, que se reconhece destituído de seu conhecimento. (De Palma, 1972:33-34)

---

<sup>7</sup>. Marx usou o conceito para analisar a natureza do trabalho sob o capitalismo - trabalho controlado externamente, organizado pelos empregadores para servir aos seus próprios interesses sociais e econômicos, sem levar em consideração as intenções e necessidades sentidas pelos trabalhadores. Trabalho alienado é trabalho coercitivo, planejado e controlado de fora, destituído de criatividade e arte. Os trabalhadores podem ser forçados a desempenhar apenas tarefas aborrecidas e sem significado e em ritmo, intensidade e duração arbitrariamente definidos. Os trabalhadores alienados estão apartados do produto do seu trabalho, que é apropriado pelo capital (Garfield, 1983:163).

A "alienação técnica" que sofre o médico em seu trabalho reflete-se, segundo Caro, "numa prática medíocre na sua qualidade" devido ao excesso de horas de trabalho pela multiplicidade de empregos, à imposição do tempo de consulta muito breve, à utilização de um número de exames complementares e de medicamentos por consulta, à impossibilidade de manter-se atualizados ou de realizar estudos pós-universitários e, à dificuldade de encontrar informações objetivas no uso dos medicamentos. (Caro, 1972:129)

Um último aspecto a considerar é que o processo crescente de especialização determina não somente o fracionamento excessivo da assistência médica, mas também do indivíduo, ao não ser analisado em forma global ou integral. Existe uma fragmentação do processo de doença, dividindo as ações em terapêutica e preventivas, assim como uma segmentação do processo de atenção do doente nas diferentes fases da atenção ambulatorial, que leva à repetição de perguntas e utilização de informações por diversas categorias profissionais da saúde. (Silva, 1986:66)

O Estado tem uma participação muito importante nestas transformações empresariais no setor de serviços de saúde, que vão constituir o modelo dominante de assistência médica em vários países de América Latina. (8) A racionalização se

---

8. No Brasil, a intervenção estatal a partir do golpe militar de 1964 garantiu a lucratividade do setor, via repasse de recursos públicos da Previdência Social à iniciativa privada, para o funcionamento e a compra de serviços médicos a serem prestados à população previdenciária em constante aumento, num processo que Durand chamou de "estatização privatizante" (Durand, 1985:4). O papel do Estado neste processo é fundamental como o expressam Araújo e Fleury, e manifesta-se na regulação de mercado de produção e consumo dos serviços de saúde (como consequência de

apresenta "como imperativo técnico à maior eficácia organizacional, acaba como instrumento ideológico do modelo vigente, envolvendo controles cada vez mais rígidos "por parte do Estado e desenvolvendo estruturas burocráticas altamente hierarquizadas para a garantia do controle nas empresas médicas" (Siqueira, 1987:49).

No Uruguai, este processo ocorre durante o período ditatorial. Em 1981, no "Conclave cívico-militar estabeleceram-se as linhas básicas da política econômica e social do regime. Seu objetivo para o setor saúde era "estabelecer um sistema de saúde no qual o Ministério de Saúde Pública tenha o papel de ente reitor" (Cónclave: 1981), delegando paulatinamente maiores responsabilidades ao sub-setor privado (Torres, 1990:28-29). Na lei 15181 aprovada em 1981 estabeleceram-se disposições tendentes a "privilegiar a supervivência das instituições maiores, que melhor se enquadram, na caracterização de empresas de serviços médicos" (Torres, 1990:53) (tradução do autor).

O objetivo desta política é a privatização do setor saúde cuja resultante será a concentração do sub-setor privado tanto em Montevideu quanto no interior do país.

A privatização do setor saúde será efetivada principalmente via compra de serviços privados: de alta tecnologia, ou de cuidados intensivos por parte do Ministério da Saúde Pública ao sub-setor privado e pela extensão de cobertura para um número elevado de trabalhadores privados, que via seguridade social converteram-se em usuários do sub-setor privado. (Torres, 1990: 29-36)

pressões exercidas pelos consumidores, técnicos e empresários), orientando a prática em termos de lucratividade, facilitando a capitalização da medicina e privilegiando ao produtor privado destes serviços (Araújo e Fleury, 1986:214-15).

### 3. A hegemonia médica na saúde.

"Para um grupo ocupacional se firmar como grupo hegemônico é necessário: além da construção de um corpo de conhecimentos especial e reconhecido pela sua eficácia técnica, o estabelecimento de regras que normatizem o exercício profissional estabelecendo os critérios de participação no grupo" (Pires, 1989:110).

Quando falamos de hegemonia médica na saúde estamos referindo-nos ao "processo de imposição da medicina como a verdadeira ciência da saúde e aos médicos como os seus legítimos representantes que buscam exercer o poder institucional e o controle do processo de trabalho na saúde" (Pires, 1989:97).

O reconhecimento deste fato está vinculado ao processo chamado por Pires (1989:83) de "institucionalização da medicina" onde o saber e a prática dos executores das ações de saúde são absorvidos pelas instituições governamentais de ensino ou definidores e executoras das políticas estatais de saúde; bem como pelas instituições de caráter civil como: associações corporativas e movimentos autônomos e organizados do setor ou ainda por unidades institucionais, como o hospital, a enfermaria, ou o posto de atendimento".

Madel T. Luz (1981:32) coloca as instituições como núcleos históricos de

cristalização do poder. Para ela a instituição é "um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais). Estes conjuntos (instituições) permeabilizam a grande parte das atividades humanas dentro das sociedades, em cada momento histórico. Esta rede de instituições viabiliza a hegemonia e portanto a manutenção de toda a imensa infraestrutura que sobre ela repousa. (...). Neste sentido, trata-se de ver as instituições como conjunto articulado, como ligação vital de saberes e práticas com efeitos fundamentalmente políticos, envolvendo uma estratégia de luta não necessariamente aberta -entre grupos e classes sociais- constitutivos destas instituições e inseridos em um bloco histórico"<sup>9</sup> (Luz, 1981:30-31)

Luz concebe o termo hegemonia a partir do conceito de Gramsci, como "o poder político-ideológico que a classe dominante procura estender ao conjunto da sociedade, à totalidade das classes em grupos sociais" (Gramsci, 1967:30).

A principal idéia desenvolvida por Luz é que "a hegemonia de classe é centrada nas instituições sociais e portanto nas instituições médicas. Estas últimas estão encarregadas da elaboração, reprodução e transmissão do saber médico socialmente hegemônico e das formas de autoridade e hierarquia que este saber supõe e veicula assim como também as contradições e oposições internas a estas formas e relações de poder" (Luz, 1981:27-54).

---

<sup>9</sup>. Para Gramsci, o Bloco Histórico é o complexo determinado por uma situação histórica dada, constituído pela unidade orgânica da estrutura e da superestrutura. Estes dois elementos encontram-se numa relação de reciprocidade e interdependência, e o elo orgânico entre ambos é estabelecido pelos intelectuais que desempenham esta função específica. (Grisoni & Maggiori, 1973:217)

A aproximação da categoria médica com o poder assegura o status privilegiado reivindicado pela sua corporação. (Pires, 1989:18).

Para ilustrar o fenômeno da hegemonia médica no setor saúde é preciso compreendê-lo como resultante do processo de expropriação por parte dos médicos do saber de saúde dos povos transformando-o em saber médico. Assim o assinala Foucault (1986):

"O saber sobre o corpo, a saúde, e a doença deixa de ser patrimônio comum a todo grupo social e passa a ser monopolizado por sujeitos socialmente legitimados que detendo o conhecimento e a técnica têm o controle do processo de trabalho".

Para compreender este processo devemos remeter-nos ao seio da associação corporativa que perdurou até o século XVIII, onde a medicina interna e a cirurgia não só ocupam posições distintas como se relacionam de forma distinta com a sociedade (Nogueira, 1977:3). Este autor, na sua tese, explica muito bem que a ordem social vigente (feudal) conferia uma nítida superioridade ao médico (físico) (10) em relação ao cirurgião. Este último estava também subordinado àquele em suas ações que eram por ele orientadas e vigiadas. "Seus campos de atuação estavam delimitados desta forma, o cirurgião se limitava aos recursos tópicos, seus objetos de intervenção "deviam ser coisas exploráveis pela visão ou pelo tato". A medicina interna, em contraposição, escolhia para si um espaço de atuação internalizado, a região imaginária

---

<sup>10</sup>. Os físicos, ou médicos propriamente ditos, eram os formados e licenciados pelas Universidades de Medicina.

dos fluídos e dos humores". Ela estava cercada por uma áurea mítica (Nogueira, 1977:11).

O cirurgião era um trabalhador manual desprezado pelos médicos que tinham, através da universidade, um saber legitimado (Nogueira, 1977:13). As corporações médicas vinculadas à universidade e à Igreja, eram hegemônicas frente às dos cirurgiões (Nogueira, 1977:19). A defesa dos interesses corporativos era feita pela própria universidade. Através do monopólio da reprodução do saber, ela garantia as prerrogativas profissionais dos médicos. Contrariamente, os cirurgiões "não dispunham de um organismo coletivo e supra-regional semelhante às universidades", seu aprendizado se fazia mediante um relacionamento pessoal e singular uma vez que "as universidades não permitiam que os cirurgiões organizassem uma instrução pública" (Nogueira, 1977:21). Ou seja, enquanto o processo pedagógico dos médicos possuía um caráter coletivo e uniforme, o dos cirurgiões fundava-se sobre a prática privada de cada mestre (Nogueira, 1977:22). Assim, em termos de relações entre medicina e sociedade, a caracterização do cirurgião é negativa porque, "ao contrário do médico, ele não era um intelectual orgânico da classe dominante" (Nogueira, 1977:5) (11).

Com o desenvolvimento das relações mercantis, amplia-se enormemente a

---

<sup>11</sup>. Gramsci precisa desta maneira, a função e o lugar ocupado pelos intelectuais no interior do complexo social: "Cada grupo social, nascendo no terreno original de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria com ele, organicamente, uma ou várias camadas de intelectuais que lhe dão a sua homogeneidade e a consciência da sua própria função, não só no domínio econômico mas também no social e político". Os intelectuais orgânicos da classe dominante revelam-se como "especialistas" no exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político. ( Grisoni & Maggiori, 1973:296).

intervenção do estado em questões econômicas, políticas demográficas e sanitárias.

A anterior hierarquização nas práticas médicas foi minada "pela falência do poder da aristocracia e das instâncias eclesiásticas a ela associadas" (Nogueira, 1977:34).

O médico continuou a proclamar sua superioridade frente ao cirurgião, mas a "sociedade não tinha motivos para conservar seus privilégios de intelectual". A burguesia abria caminho através de empreendimentos que associavam cérebro e mão. O saber abstrato cedia passo ao saber operativo. A cirurgia não só se liberta de seu estigma (de trabalho manual), como passa a exercer funções societárias positivas, segundo este autor.

O surgimento dos exércitos nacionais, agora equipados com armas de fogo, constituiu um fator de promoção social do cirurgião, dados os tipos de ferimentos produzidos. Como grupo ocupacional, os cirurgiões lutam contra os médicos pela igualdade e contra os barbeiros, pela supremacia (Nogueira, 1977:36) (12).

Agora o empirismo anterior é combatido pela criação de escolas de cirurgia na segunda metade do século XVIII.

As faculdades de medicina e os colégios perdiam gradualmente sua influência hegemônica sobre o conjunto das profissões médicas. A reforma acaba com a restauração do hospital que "na medida em que visava atender necessidades novas, impostas pelo Estado e pela sociedade em transformação teve força para destituir o

---

<sup>12</sup>. Os barbeiros, além de cortar o cabelo e fazer a barba, praticavam pequenas cirurgias. (Montero, 1985:15).

saber abstrato de su posto de autoridade e substituir a velha hierarquia social das profissões médicas pela cooperação dentro de uma divisão técnica do trabalho”, consolidando assim a “unicidade da prática médica” (Nogueira, 1977:41,44). Medicina interna e cirurgia passam a ser tão somente variedades da mesma prática social, já que, na sociedade capitalista, a capacitação técnica torna-se decisiva. O saber de saúde que ambas tinham, transforma-se em saber médico. O espaço hospitalar, agora terapêutico, é de domínio do médico; este controla o processo de trabalho em saúde, delegando funções aos demais profissionais de saúde, criando e permitindo a atuação de novas profissões (Pires, 1989:95-100).

A prática médica em um primeiro momento convive com outros agentes de cura tradicionais (barbeiros, parteiras, boticários, etc.), tolerando-os em diferentes espaços de atuação. <sup>(13)</sup> Depois, incorpora-os parcialmente através do controle sobre eles exercido, consistindo em impedimentos juridicamente estabelecidos para sua prática que não é abolida mas limitada, e finalmente os subprofissionaliza (Gonçalves, 1986:4).

Vejamos o caso das parteiras. O parto e a procriação inicialmente fazem parte dos acontecimentos naturais da vida, não são fenômenos médicos. A intervenção solidária e terapêutica no âmbito da procriação e do parto era feita pelas parteiras cujo conhecimento era apreendido pela experiência, ou pela tradição oral ou com o treinamento com outras parteiras (Pires, 1989: 59).

A arte de partejar, deixa de ser um ofício independente, passando a ser uma

---

<sup>13</sup>. Os boticários eram comerciantes de drogas.

atividade subordinada e controlada pela medicina no século XVII e XVIII. "Os cirurgiões-barbeiros requisitaram o direito de fazer partos, atividade até então reservada à mulher (parteira) baseados na sua superioridade técnica na utilização dos forceps obstétricos" (Melo, 1986:36).

Se produz a absorção do trabalho das parteiras como especialidade médica. No espaço institucional (hospital) coube às parteiras as atividades de cunho manual devidamente delimitadas dentro da globalidade da assistência à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido (Pires, 1989:109).

"Os inúmeros trabalhos auxiliares que se vão incorporando à produção dos serviços médicos correspondem, de um lado, à ampliação do campo de aplicação da medicina, mas também correspondem, de outro lado, ao processo contínuo de divisão das funções do trabalho, que não pode ser tomado apenas como contrapartida técnica daquela ampliação, mas exprime o seu significado mais profundo na reprodução da divisão trabalho intelectual-trabalho manual no seio do trabalho médico. Todo o trabalho direto de assistência ao doente comporta inúmeras funções "manuais" e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente no trabalho médico, constituindo a enfermagem." (Gonçalves, 1984:189-90).

A perda progressiva de autonomia dos trabalhos dos trabalhadores de saúde, gerou conflitos pelo espaço de atuação até hoje facilmente identificáveis na prática dos diferentes profissionais. Conflito que perdura após o estabelecimento, por parte do

Estado, de regras que normalizam o exercício profissional de cada categoria e com a emergência de suas formas organizativas.

O que explica a desqualificação dos outros trabalhos curadores é que o objeto apreendido pela ciências básicas positivas e por extensão, o objeto de trabalho apreendido na prática médica, passa a ser compreendido como o verdadeiro e único objeto. Esta divergência reduzirá os outros saberes e práticas à condição de charlatanismo, pois lidam com objetos não verdadeiros, os quais serão objeto de intolerância e perseguição pela corporação médica ao longo da história. Diversos exemplos poderiam ilustrar a manifestação da resistência à dominação médica. Um deles constitui a perseguição de que foram objeto as mulheres curandeiras por parte da Santa Inquisição entre os séculos XIV e XVII, conhecido como a "caça às bruxas" (Tosi, 1885:42). A perseguição destas mulheres pela acusação de "curar" reflete o monopólio que a Igreja tinha sobre esta arte, assim como sua ligação com a corporação médica.

Tanto a elaboração científica positiva do corpo anátomo-fisiológico, como suporte do normal e do patológico, quanto a instrumentalização que esse conhecimento proporcionou à prática, tiveram e têm inestimável valor. O conhecimento positivo da medicina supera qualitativamente, em termos de possibilidades de controle da natureza, as concepções intuitivas ou metafísicas que o antecederam (Gonçalves, 1986:81-82).

A subordinação do pensamento mágico ao pensamento científico é condição

sine qua nom da dominação capitalista. Na era do domínio do capital "a introdução do pensamento positivista que se deu de forma predominante no início do século XX, tanto no ensino como na prática institucional da saúde, representou uma ruptura com o fundamento do conhecimento hegemônico até então, que era a metafísica, e sem nenhuma dúvida, promoveu o desenvolvimento da pesquisa experimental, o enfrentamento de diversos tabus, permitiu a demonstração do processo de transmissibilidade de diversas doenças e a aplicação de terapêuticas eficazes em diversos estados mórbidos (...). A doutrina positivista (...) legitimou a ideologia de neutralidade científica, da racionalidade do trabalho para auferir mais produção e mais lucro ao capital e da divisão social do trabalho do modo capitalista de produção como necessária ao desenvolvimento do processo produtivo" (Pires, 1989:81-82).

A medicina institucionalizada e reconhecida pelo Estado como "proprietária de um saber especial que necessita ser transmitido por peritos legalmente reconhecidos com licença especial e legal para o exercício profissional" torna-se hegemônica no setor saúde, "seu saber e sua prática são impostos à população e aos demais ofícios como o científico, o verdadeiro, o único, objetivo, neutro e superior" (Pires, 1989: 84).

A implantação do poderio médico, com a apropriação do conhecimento de saúde, foi construída, como assinala Pires, "num processo de múltipla determinação, que envolveu, como vimos no que foi tratado, a relação orgânica dos médicos aos interesses das classes dominantes (detentores do poder decisório da ação em saúde) nos diversos momentos históricos, produzindo discurso, saber e tecnologia necessários

à manutenção do status quo e a ordem social estabelecida" (Pires, 1989:105-145).

Um segundo elemento determinante que Pires destaca é "o controle que este grupo exerceu sobre o processo de profissionalização dos demais exercentes das ações de saúde, sobre a formação e a emissão das normas disciplinadoras do exercício profissional". E por último a "apropriação dos cargos administrativos gerenciais das instituições de saúde a serviço dos interesses econômicos hegemônicos e da manutenção do status quo, bem como pela intervenção, enquanto categoria, no próprio aparelho de Estado" (Pires, 1989:145).

Os médicos são identificados por Luz, neste contexto, como "os agentes do projeto hegemônico que se desenvolve nas instituições médicas. Eles, nas Universidades (agências), estruturam e definem para todas as classes o verdadeiro saber ("Ciência Médica") em relação à saúde" (Luz, 1981:53).

Assim, nas Universidades não há aluno que possua saber: ignorante por definição, ele está ali para adquirir ciência, para saber. Nos hospitais não há paciente que saiba sobre seu corpo, nem há trabalhadores da saúde que conheçam sobre "saúde". É o médico que sabe.

No primeiro caso, expropria-se do aluno o controle sobre a aprendizagem, a informação: no segundo caso, expropria-se do paciente o controle sobre o corpo (Luz, 1981:40). No terceiro caso expropria-se do trabalhador da saúde o controle sobre seu trabalho.

O monopólio e segredo do saber é para Silva (1976:55) "a forma de apropriação capitalista dos conhecimentos científicos e de reprodução das relações ideológicas de dominação-subordinação, pela permanente exclusão dos que não sabem ou não devem saber".

O médico "detém, em relação aos que lhe são submetidos, uma parcela deste segredo do saber que legitima a parcela de autoridade delegada que exerce" (Silva, 1976:55).

Para Gonçalves "os profissionais médicos propriamente ditos, integram a categoria social dos intelectuais, este fato surge do controle que exercem sobre o conjunto da produção dos serviços. Por sua vez, este controle está facultado pela apropriação dos instrumentos de trabalho que expressam o "momento intelectual" de produção dos serviços, instrumentos representados em primeiro lugar pelo próprio saber, mas também pelas técnicas que correspondem a este saber" (Gonçalves, 1984: 188-89).

Segundo Caro (1972:125-26), os médicos exercem seu poder hierárquico em três níveis:

a) no interior do grupo médico, onde o especialista e o professor gozam de uma posição privilegiada em relação ao médico geral e ao aluno respectivamente.

b) no interior do grupo dos trabalhadores da saúde. O poder do médico está institucionalizado no meio hospitalar e extra-hospitalar, onde os trabalhadores são frequentemente subordinados diretos do médico e considerados por estes como seus

"auxiliares".

c) no interior da relação médico-paciente. Relação de dominação-subordinação onde o doente sofre e se confia ao médico em nome do seu saber.

Apesar dos médicos serem identificados como "agentes do projeto hegemônico" (Luz), o "criado do grupo dominante" (Gramsci) que se desenvolve nas instituições médicas, constituem no parecer de outros autores um grupo heterogêneo, onde a alinação técnica e cultural também se apresenta nos médicos assalariados.

Como integrantes do trabalhador coletivo, os intelectuais (onde podemos incluir os médicos) serão opressores das outras categorias de trabalhadores da saúde. Por sua vez, "como assalariados eles são oprimidos pelos proprietários dos meios de produção, são vítimas e não só instrumentos da divisão capitalista do trabalho" (Gorz, 1974:226).

Caro (1972:128-29) analisa os aspectos da alienação a que está submetido o médico. Este autor descreve a alienação técnica que se estabelece pelas condições de trabalho, pelas normas técnicas introduzidas pelas inovações tecnológicas (aspecto que foi tratado anteriormente), assim como também a alienação cultural, constituída pelo estímulo ao consumo e a um determinado modo de viver baseado nos modelos culturais difundidos pela publicidade correspondente à ideologia dominante.

## II. O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA HISTÓRIA.

### 1. A origem e o caráter predominantemente feminino da enfermagem.

A enfermagem surge nas civilizações primitivas (três milhares de anos a.C.) como uma atividade predominantemente feminina, indispensável à cura dos doentes e feridos. (14) Esta tarefa, era compreendida como extensão das atividades domésticas, como cuidar das crianças e velhos. "O seu (correto) desempenho era apreendido no dia a dia da vida familiar, não exigindo, portanto, nenhum conhecimento ou treino especializado" (Silva, 1986:30).

Posteriormente, a partir do aparecimento do escravo na civilização romana (século VIII a..C. aproximadamente), o cuidado do doente, antes a cargo exclusivo de seus familiares, passa a contar também com o auxílio daqueles servos. Este fato pode ser explicado pela semelhança desse cuidado com as atividades domésticas. (Silva, 1986:34)

A Era Cristã trouxe uma nova visão de enfermidade, entendida como um castigo

---

<sup>14</sup> . Os feiticeiros eram os médicos que tinham em suas mãos a tarefa de curar os doentes unindo magia e religião ao conhecimento empírico das raízes, ervas e frutos (Silva, 1986: 30).

divino, mas proveniente de um Deus misericordioso e bom. A enfermidade transmutava-se num "instrumento poderoso de remissão dos pecados, de fortalecimento da fé e, portanto, de aproximação com Cristo e salvação na vida eterna" (Silva, 1986:34). Aqueles que cuidassem dos enfermos, salvando a alma do doente, tinham também a oportunidade de salvar a sua própria alma. Com isso, a nova religião, na fase apostólica, incentivou bastante o atendimento aos pobres e doentes, favorecendo a constituição do diaconato, expressão do primeiro trabalho organizado de enfermagem. (15)

Ao término da perseguição dos cristãos (313 d.C.), a Igreja pode exercer livremente suas atividades, as quais adquirem um novo ímpeto. O monasticismo desempenha um papel relevante durante toda a Idade Média, tanto na esfera cultural como na da assistência aos pobres e enfermos. Os cuidados dos doentes estavam principalmente nas mãos de monges e freiras e de mulheres em geral, as quais trabalhavam sob orientação da Igreja. (Silva, 1986:34-36)

Com a enfermagem como uma função da Igreja constituiu-se o que Almeida denominou de "modelo religioso da enfermagem" (Almeida, 1986:38), caracterizado por uma prática caritativa e de assistência ao corpo e ao espírito dos doentes, que consistia em cuidados extremamente simples como dar água, alimentar, dar banho, vestir, abrigar, fazer curativos e proporcionar conforto físico e espiritual (Almeida, 1986:37). Prática esta que não requeria nenhum preparo e saber especializado,

---

15 . O diaconato eram seguidores dos apóstolos reunidos em grupos de trabalho, cuja função principal era cuidar dos doentes e necessitados, guiados pelos ideais de fraternidade, serviço, caridade e auto-sacrifício pregados pelo cristianismo (Almeida, 1986:36).

diferentemente da prática médica que "sempre se caracterizou pela exigência de um certo preparo especializado, que se liga, por sua vez, à existência historicamente de um saber esotérico" (Silva, 1986: 40).

A esta incipiente organização da prática de enfermagem, permitida à mulher pelas normas sociais daquela época, deve somar-se o trabalho voluntário também permitido e realizado pelas mulheres para a assistência aos doentes em situações de crise, como nas epidemias (Peste Negra na Europa, entre 1340-1360 aproximadamente) e em casos de guerra (Guerra dos Cem Anos, entre 1337-1453).

Através do desejo de servir ao próximo e do espírito cívico de servir ao Estado nestas situações, "as mulheres conseguiram assim o reconhecimento social para o exercício destas atividades fora do domicílio porque estas não ameaçavam a ordem social estabelecida e, além disso, cumpriam um papel de reprodução da ideologia dominante" (Pires, 1989:59).

Paralelamente ao período de transição quando se desintegra o modo de produção feudal e se instala o modo de produção capitalista (16), há também uma transição na prática da enfermagem denominada por vários autores como "período

---

<sup>16</sup>. Período caracterizado por importantes transformações em nível econômico, político e intelectual, que tem lugar na Europa entre os séculos XIV ao XVII. As consequências das catástrofes que assolaram a Europa, no século XIV (a fome, a Peste Negra e a Guerra dos Cem Anos) juntam-se ao novo impulso das forças produtivas a partir da expansão comercial e da revolução agrícola da primeira metade do século XV. No âmbito político ocorreram a ascensão ao poder político da burguesia e a Reforma Protestante em fins do século XVII. Por último, no âmbito intelectual, emergem atitudes questionadoras e de valorização da vida, onde o dogma cede lugar à observação e à experimentação. O racionalismo passa a dominar o pensamento filosófico europeu. Este período é conhecido por Renascimento e estende-se do século XIV a meados do século XVII. (Silva, 1986: 43-46)

obsuro e decadente da enfermagem". Durante este período de mais de três séculos (1500 a 1860 aproximadamente) com o início da laicização, esta atividade se degradou. (Almeida, 1986:37;Silva, 1986:46-47)

O desinteresse crescente pela vida monástica e, em consequência, a diminuição no número de monjas, aliados ao movimento pela supressão dos mosteiros (acelerado pela Reforma Protestante), contribuíram para a derrocada do principal sistema organizado de assistência social e assistência à saúde das populações pobres. Esta última, prática caritativa há séculos sob a responsabilidade da Igreja, deixava de ser gratuita (Silva, 1986:46-47). Pouco a pouco, passam a não ser mais as religiosas as que brindam os cuidados aos pobres e doentes, mas as mulheres que não encontravam emprego na indústria. "Eram imorais, bêbadas e analfabetas. Uma decadência na qualidade do serviço público para os doentes, observada já a partir dos fins da Idade Média" (Jamieson et alii, 1966, citado por Silva, 1986:47).

Resumindo, todas as atividades de cunho manual, não especializadas, que coexistem no âmbito de saúde e exercidas predominantemente por mulheres (mães, escravas, religiosas e voluntárias leigas) podem ser colocadas dentre aquelas identificadas como precursoras das atividades de enfermagem. (Pires, 1989:59).

A história da enfermagem pré-profissional (até meados do século XIX) é a história de uma prática social "que nasceu vinculada ao empirismo das mães de família,

de monjas ou dos escravos" (Silva, 1986:40). Acrescentaríamos, de prostitutas também.

"Na história da divisão sexual do trabalho, sempre se atribui à mulher a responsabilidade de cuidar da prole, da casa e dos enfermos". Ela curava-lhes os ferimentos, dava-lhes de comer e beber, ministrava-lhes os remédios, confortando-lhes física e espiritualmente. "Aos homens estavam reservados os deveres "nobres" da caça, da pesca, da guerra, da administração das cidades, aldeias e campo, de guardiões dos segredos mágico-religiosos de cura das enfermidades, entre outros" (Silva, 1986: 41).

Condições determinadas de existência têm reservado às mulheres a esfera da reprodução, assim como aos homens o papel hegemônico na esfera da produção econômica.

A divisão sexual de funções estaria em suas origens, fundada em fatores biológicos, referentes à maior força muscular masculina, maior capacidade respiratória, etc. (Silva, 1986:55). Posteriormente, a responsabilidade que a mulher tem pelas tarefas domésticas, a impedem de aceder a um treinamento formal para o trabalho, o que permite ao homem ir-se apropriando de forma sistemática do saber e portanto do trabalho (Hill, 1990) (17).

A divisão sexual do trabalho estabelece uma hierarquia de prestígio entre os sexos. Aos varões atribuíam-se as tarefas de maior importância social, às mulheres as tarefas de menor prestígio. (Silva, 1986:55-56).

---

17 . Citação livre a partir de palestra proferida na Faculdade de Educação/UNICAMP. Agosto, 1988.

A ausência de saber esotérico em determinadas áreas vitais da atividade humana implica, simultaneamente, falta de poder e de prestígio. Como afirma Foucault (1977:30) "o poder produz saber (...) não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relação de poder".

Silva afirma que a medicina e seus agentes, no pré-capitalismo sempre foram relativamente prestigiados pelo conjunto das sociedades donde se inseriam, devido ao seu caráter de prática especializada. Em contrapartida a enfermagem viveu desde suas origens uma situação de ambiguidade. Intrinsecamente isenta de prestígio, por ser uma prática detentora de um saber de senso comum, disseminado no meio social, seus agentes recebiam ou não reconhecimento social dependendo de quem eram: leigos (mães, esposas, irmãs, escravos, escravas) ou religiosos (diáconos, diaconisas, monges, freiras). Esse reconhecimento diferenciado não se ligava à prática exercida (já que, como foi mencionado se mantinha fora dos domínios intelectuais propriamente ditos), mas a quem a exercia. O eventual prestígio dos religiosos estava, pois, ligado à religião, sendo uma consequência direta do prestígio desfrutado por esta na Idade Média. (Silva, 1986:40-41)

Posteriormente esse prestígio desaparece no período obscuro e decadente da enfermagem, desencadeado pelo repúdio do protestantismo à vida monacal, no início do desenvolvimento do modo de produção capitalista que se instaura.

O papel social de subordinação reservado às mulheres reproduz-se não só no

espaço privado, mas também no exercício profissional, de âmbito público. Segundo as normas da sociedade foi sendo permitido à mulher, pelas elites dominantes e pelo Estado, um tipo de trabalho não profissional, ligado às atividades domésticas e baseado no espírito cristão de caridade da época.

Desta forma, "a dominação médico-enfermagem não é só o resultado da dominação homem-mulher, mas a historicidade do papel de exclusão feminino certamente contribui na reprodução das relações de poder dominação-submissão até hoje manifestas no setor saúde" (Pires, 1989:58).

## 2. A profissionalização da enfermagem.

### 2.1 Antecedentes.

Até o século XVIII os hospitais funcionavam como hospedarias ou abrigos para peregrinos, pobres e inválidos, assim como para doentes. "O pessoal hospitalar não estava destinado a curar o enfermo mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo (laico ou religioso) que estava no hospital para fazer obras de misericórdia que lhe garantiam a salvação eterna" (Foucault, 1978:63). A enfermagem desenvolvia simples técnicas de cuidados relacionados à higiene do paciente, de suas roupas, de sua alimentação e cuidados de feridas destinadas a "trazer o alívio da alma do doente" (Almeida, 1986:39).

Uma clara descrição dos hospitais da época é realizada por Jamieson: "dentro daqueles muros tristes, quase sem janelas, havia grandes salas amplas para uma centena de pacientes cada uma. As mulheres e os homens nem sempre estavam separados, e as enfermidades só raramente. Não era incomum que o doente fosse posto numa cama ocupada por vários companheiros, estando talvez os mortos ou os que deliravam lado a lado, junto com aqueles que viviam ainda e conservavam o uso da razão... Nas salas desta classe, as camas estavam tão próximas umas das outras que inclusive se houvesse tido pessoal para efetuar-lo, o asseio era praticamente impossível. Todo tipo

de sujeira se ajuntava e permanecia sob as mesmas....As práticas de enfermagem, por simples que fossem até ali, se tornaram mais simples ainda. Os pés e o rosto, que anteriormente eram lavados antes que um pobre afetado pela doença ocupasse uma cama do hospital vindo da rua suja eram agora deixados sem lavar. Os banhos de cama nem eram tentados". (Jamieson, 1966:129-130, citado por Silva, 1986:48).

Pouco a pouco o hospital se transforma. Perde gradativamente as características que apresentava no feudalismo; de instituição filantrópica, erigida sob o lema magno da caridade, destinada ao abrigo de pobres, velhos, doentes, inválidos, transforma-se em instituição voltada para a cura das enfermidades.

No dizer de Foucault, o saber médico, localizado até o século XVIII nos livros, começa a ocupar um lugar no hospital. Para ele "o fator principal que contribui para a medicalização do hospital, não foi a busca de uma ação positiva sobre o doente e nem sobre a doença, mas sim, simplesmente, a anulação dos efeitos negativos do hospital" (Foucault, 1978:63). Estes efeitos negativos, são a consequência da situação dos hospitais, apresentada por Jamieson precedentemente.

"Desde o momento em que o hospital se concebe como um instrumento de cura e, a distribuição do espaço se converte em instrumento terapêutico, o médico assume a responsabilidade principal da organização hospitalar (...). Se o regime alimentar, a ventilação, o ritmo de ingestão líquida e outros haviam de ser fatores de cura, o médico ao controlar o regime do enfermo, assume até certo ponto, o funcionamento econômico do hospital, que até então era um privilégio das ordens religiosas"

(Foucault, 1978:70).

Em meados do século XVIII produz-se a inversão da ordem hierárquica no hospital, com a ocupação do poder de gestão pelo médico. No topo da hierarquia hospitalar, ele passa a dirigir todas as demais práticas de saúde, advindas da divisão social do trabalho. Estabelecem-se as relações de dominação-subordinação e, com elas, a prática de enfermagem deixa de ser uma prática independente e total e passa a ser uma prática dependente e subordinada à prática médica. As duas práticas, médica e enfermagem, encontram-se agora no mesmo espaço geográfico: o espaço hospitalar.

A introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital não só permitiu a sua medicalização, mas, também, visou disciplinar a conduta das enfermeiras, como, por exemplo, na sociedade inglesa de meados do século XIX. "O projeto de profissionalização, ideado e empreendido por membros da classe dominante da Inglaterra durante a década de 1850, tinha como uma de suas metas explícitas a mudança daquela imagem negativa" (Silva, 1986:55).

Surge, então, a necessidade de treinamento formal do pessoal hospitalar para dar assistência de enfermagem. Este plano é iniciado e levado a efeito na Inglaterra por Florence Nightingale, dama da tradicional aristocracia inglesa.

Em 1851 e, para tal objeto, Nightingale permaneceu observando o trabalho de enfermagem durante três meses no Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, um hospital-escola anglicano na Alemanha, que procurava reviver o trabalho de assistência caritativa aos pobres e doentes realizado na Idade Média.

Mas foi na Guerra da Criméia (1854-1856), junto aos soldados feridos, que ela pode desenvolver-se e habilitar-se na arte de enfermagem (Almeida, 1986:42). (18) Florence Nightingale obteve projeção durante uma guerra imperialista. Não só cuidou dos soldados britânicos, e que a partir dos quais estudou os problemas de saúde no exército, mas também colaborou com a dominação colonizadora que a Inglaterra exercia na Índia (Germano, 1985: 49, nota 60). "Florence Nightingale a partir de 1862 começou a planejar uma reforma sanitária para o exército inglês na Índia (...) Em pouco tempo era um expert na matéria e nenhuma autoridade inglesa partia para a Índia sem primeiro consultá-la sobre os problemas do país" (Lima, 1957:215 in: Germano, 1985:49).

A ênfase que Florence Nightingale deu ao melhoramento das condições ambientais dos hospitais militares permitiu diminuir acentuadamente a mortalidade dos combatentes feridos, das infecções e contágios.

Ao finalizar a guerra, Nightingale recebeu um donativo como tributo ao seu trabalho, com o qual fundou em 1860 uma escola destinada a formar pessoas para uma prática de enfermagem redimensionada aos novos tempos.

---

<sup>18</sup> Na guerra da Criméia, a Inglaterra e a França defendiam a integridade do Império Otomano contra a invasão russa. (Germano, 1985:49, nota 60)

## 2.2 Florence Nightingale e a enfermagem profissional.

Florence Nightingale será a principal responsável pelo nascimento da enfermagem moderna em fins do século XIX. A "Escola Nightingale nasceu junto ao Hospital Saint Thomas, em Londres transformando-se no modelo para instituições similares fundadas posteriormente dentro e fora de Inglaterra" (Silva, 1986:52).

A enfermagem nightingaleana foi estruturada dentro dos seguintes princípios:

a) Uma grande preocupação com a conduta pessoal das alunas, traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar no sentido de forjar uma imagem nova da prática social de enfermagem, que se constituía como profissão.

b) A recomendação para que as escolas fossem dirigidas por enfermeiras e não por médicos, resguardando assim as escolas de enfermagem emergentes da interferência direta da categoria médica.

c) A exigência de ensino teórico sistematizado e de autonomia financeira e pedagógica. Sua importância fica evidente visto que a autonomia financeira constitui um requisito básico para a autonomia pedagógica. (Silva, 1986:53-54).

As metas da Escola eram o preparo do pessoal para exercer os serviços usuais

de enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas "mais qualificadas" para as atividades de supervisão, administração e ensino.

O processo de profissionalização da enfermagem processou-se basicamente através de duas categorias sociais distintas: a das "ladies-nurses" e a das "nurses". As "ladies-nurses" provenientes de famílias de classe alta (burguesia, pequena burguesia e aristocracia inglesa), aptas para custear seus próprios estudos, destinando-se as tarefas de supervisão, ensino e difusão dos princípios nightingaleanos de enfermagem. As "nurses" de nível sócio-econômico inferior, recebendo ensino gratuito, devendo, porém, prestar serviços no hospital durante pelo menos um ano após o curso. Estas prestavam o cuidado direto ao paciente. (Silva, 1986:54-55; Almeida, 1986:42-43).

"O curso básico tinha um ano de duração consistindo em aulas de anatomia, química, abreviações latinas, culinária e enfermagem. Concluído este, iniciava-se uma segunda parte, correspondente a três anos para as "nurses" e dois para as "ladies-nurses", que se destinava à completa dedicação às atividades práticas no hospital. Durante o curso as estudantes viviam em regime de internato, submetidas a uma disciplina rigorosa, com a finalidade de desenvolver nelas os traços de caráter considerados desejáveis a uma boa enfermeira, tais como sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correção e elegância" (Silva, 1986:52-53).

"Morar no lar Nightingale fazia parte do treinamento. Miss Nightingale achava

isso essencial para o treinamento moral e do caráter (...) Um mínimo de condições educacionais e um máximo de elevação moral eram requisitos essenciais para entrar na escola" (Almeida, 1986:42).

Nightingale legitimou a hierarquia e a disciplina no trabalho de enfermagem, advindas de sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social.

A hierarquia na Escola Nightingale é claramente identificável na admissão de dois tipos de alunas, como já foi colocado. Mas este fato tem correspondência na hierarquia no serviço de enfermagem dos hospitais. "Sempre houve um elemento que era a chefe, geralmente a "matron" que data do século XVI, mulher de classe social alta, casada, voluntária do hospital; abaixo estava a "sister", responsável pelas enfermarias, e a "nurse" que executava o cuidado ao pobre" (Almeida, 1986:43).

As "ladies" eram treinadas na Escola para desenvolver no hospital as atividades correspondentes às matrons. "Deveriam passar a ser antes superintendentes, assistentes, e por último enfermeiras de cabeceira ou de unidades".(Almeida, 1986:43).

As características principais instituídas por Florence Nightingale no Hospital St. Thomas e, subsequentemente copiadas por muitos outros hospitais, foram quatro:

"a) A matron é suprema. Ela é responsável pela enfermagem no hospital, pela cozinha, pela lavanderia e pelo "staff" doméstico, pela escola de enfermagem e pela nomeação e demissão do "staff" de enfermagem.

b) As estudantes de enfermagem devem morar na escola para a boa educação e moral, assim como para a disciplina, seu lar sendo atribuído ao Hospital e sob a confiança da "Home Sister".

c) Ensino teórico deve ser dado às enfermeiras, incluindo instrução em ciências básicas.

d) As enfermarias devem ser ocupadas pela "sister", um lugar de grande dignidade e importância: ela é responsável sob a direção da "matron" para o ensino prático das enfermeiras" (Seymer, 1949:124-125 citado por Almeida, 1986:43).

Outro fato importante para a análise da hierarquia na enfermagem, e do papel que Florence Nightingale teve na materialização das relações de dominação-subordinação no hospital é a institucionalização da subordinação da prática de enfermagem à prática médica. O treinamento Nightingale visava tornar a enfermeira não servil, mas fiel às ordens médicas e de autoridades. "Treinamento é ensinar a enfermeira como executar as atividades sob o nosso controle que restauram a saúde e a vida, em estreita obediência ao poder e conhecimento dos físicos e cirurgiões" (Almeida, 1986:45).

A finalidade do treinamento das enfermeiras é o disciplinamento dos seus agentes para que as ordens médicas pudessem ser executadas com presteza e competência. Vejamos como Nightingale considera a disciplina no treinamento das enfermeiras no Hospital St. Thomas. Em primeiro lugar coloca que "há enfermeiras, e exclusivamente, para executar as ordens médicas e dos cirurgiões, incluindo,

naturalmente, todas as práticas de limpeza, de ar fresco, dieta, e outras. Toda organização de disciplina que as enfermeiras devem ser submetidas é com a exclusiva finalidade de capacitá-las a executar, inteligentemente e fielmente, tais ordens e tais tarefas como é constituída toda a prática de enfermagem (...). E para esta finalidade elas devem estar, para um controle disciplinar e interno, inteiramente sob a direção de uma mulher, uma superintendente treinada, cujas funções são observar que as tarefas de enfermagem devem ser realizadas de acordo com um padrão." (Almeida, 1986:46) (grifo nosso).

A disciplina é a essência do treinamento Nightingale, "engloba ordem, método, um lugar para tudo, cada um no seu próprio trabalho" (Almeida, 1986:45). Dito de outro modo, delimita o espaço social que cada trabalhador de saúde deve ocupar na hierarquia do micropoder hospitalar, e, em especial, na hierarquia do pessoal de enfermagem.

Como visto, o treinamento era realizado em níveis de complexidade, tarefas de cuidados diretos dirigidos aos elementos menos categorizados socialmente e tarefas de gerência aos elementos mais categorizados socialmente. E as relações com o corpo médico deveriam ser feitas através da matron, nunca diretamente entre o médico e aquela que prestava o serviço.

O treinamento dos agentes de enfermagem introduzido em fins do século XIX "teve a finalidade de legitimar a hierarquia de poder que já existia entre o pessoal de enfermagem e disciplinar as relações de poder no ambiente hospitalar, principalmente entre o médico e a enfermagem, ou seja, uma disciplina do espaço destes agentes (...).

Mas também objetivou disciplinar as tarefas de enfermagem sempre sob a direção médica” (Almeida, 1986:47).

Nightingale diferenciava desta forma a enfermagem da medicina: “pensa-se muitas vezes que a medicina é o processo curativo. Não é nada disso; a medicina é a cirurgia das funções, assim como a verdadeira cirurgia é a de membros e órgãos (...). A cirurgia remove a bala que constitui um obstáculo à cura de um membro, mas a natureza cicatriza a ferida. (...) Tanto quanto sabemos, a medicina ajuda a natureza a remover a obstrução, nada além disso, e o que a enfermagem tem de fazer em ambos os casos é manter o paciente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ele” (Nightingale, 1989:146).

“Utilizo a palavra enfermagem por falta de outra melhor. Seu sentido foi limitado e passou a significar pouco mais que ministração de medicamentos e aplicação de cataplasmas. Deveria significar o uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada tanto da dieta quanto da maneira de servi-la, tudo com um mínimo de dispêndio da capacidade vital do paciente”. (Nightingale, 1989:14).

Como vemos, às tarefas de enfermagem que já vinham sendo realizadas foram introduzidos os elementos relacionados não diretamente ao paciente, mas ao seu espaço geográfico imediato.

Na mudança da enfermagem tradicional para a moderna, a transformação é

muito mais o treinamento disciplinar dos agentes do que o início da elaboração do saber de enfermagem. Portanto, se pouca coisa é introduzida no saber de enfermagem, a disciplina tanto enfatizada não teve outra função, internamente à enfermagem, senão a de legitimar o poder através da hierarquia hospitalar.

O anterior modelo religioso da enfermagem é substituído pelo chamado por Almeida de "vocacional", baseado na ideologia das aptidões naturais.

Organiza-se uma ideologia em torno da prática de enfermagem, como sendo uma vocação, um chamado, um trabalho que requer auto-sacrifício. (Almeida, 1986:48; Nightingale, 1989: 163). Segundo Almeida, mulheres de classe média e alta concretizarão o plano. Entre elas, encontra-se Florence Nightingale para a qual, "a enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor" (Seymer, s/d:106, citado por Almeida, 1986:48).

A enfermagem concebida por Nightingale requer duas aptidões, formando uma hierarquia: das "ladies-nurses" e das "nurses". Esta hierarquia das aptidões se constitui à imagem da hierarquia social existente no interior desta profissão.

A noção de aptidão na enfermagem justifica o acesso diferenciado ao saber e, em consequência, às desigualdades sociais.

Para Almeida, o modelo vocacional "teve uma função ideológica de valorizar o trabalho de enfermagem degradante dos hospitais, traduzindo-o como uma sublime arte, a fim de disciplinar os seus agentes e regular o modo de vida, segundo o capitalismo" (Almeida, 1986:47).

### 3. Organização do trabalho de enfermagem.

Desde os primeiros tempos do capitalismo, a coordenação do esforço humano coletivo vai se tornando uma tarefa cada vez mais complexa à medida que aumenta a escala de produção, envolvendo quantidades crescentes de pessoas a manipularem volumes cada vez maiores de meios de produção. Tal complexidade se eleva ainda mais com as transformações que se vão efetuando no processo de trabalho que objetiva a produção para o mercado. (19)

O capitalista responsável por essa coordenação, na busca da eficiência e do aproveitamento máximo de cada parcela do capital investido, contribui para o surgimento de procedimentos administrativos inexistentes anteriormente e que se tornaram característicos do modo de produção capitalista.

A tarefa básica da administração é conseguir que o trabalho seja realizado através das pessoas. Vários autores admitem que a gerência eficaz implica em controle. Gerência sem controle não é concebível. Segundo Braverman "o controle é, de fato, o conceito fundamental de todos os sistemas gerenciais" (Braverman, 1980:68).

Além disso, não devemos esquecer que, numa sociedade que condena, ao menos em nível do discurso, a coerção física pura e simples, a administração precisa lançar

---

<sup>19</sup>. Refiro-me à divisão pormenorizada do trabalho, ou seja, à subdivisão da mesma ocupação em parcelas a serem executadas por diferentes trabalhadores, que se inicia e tem seu grande desenvolvimento a partir da metade do século XVI. (De Palma, 1972:14)

mão de recursos, ao mesmo tempo eficientes e dissimuladores que lhe permitam exercer, com legitimidade, o controle exigido para a expansão do capital. Esses recursos ela os engendra na própria forma de organização do processo produtivo tipicamente capitalista ou, mais especificamente, na maneira como se realiza e evolui a divisão do trabalho no interior desse processo.

Para o controle do trabalhador, o aspecto fundamental da divisão pormenorizada do trabalho é a separação entre trabalho manual e trabalho intelectual que essa divisão necessariamente implica, engendrando as condições para o trabalho gerencial.

Como vimos no capítulo anterior, o trabalho direto de assistência ao doente comporta inúmeras funções manuais que no hospital passam subordinadamente das mãos dos médicos para as enfermeiras (Almeida, 1986:50,57). Embora sejam consideradas tarefas manuais, posteriormente sofrem no seu interior a reiteração da mesma divisão do trabalho intelectual/trabalho manual, "sendo suficiente para compreender seu sentido a consideração da apropriação das tarefas de supervisão e controle pelo profissional com qualificação superior" (Gonçalves, 1984:190).

A divisão técnica do trabalho na enfermagem, ou seja, um mesmo trabalho sendo executado em parcelas por vários trabalhadores, "teve suas raízes na formalização do treinamento dos agentes de enfermagem no século XIX na Inglaterra, quando o hospital passa a ter por objetivo a cura dos pacientes e os médicos passam a ocupar aí espaço e a ter lugar privilegiado na estrutura do poder hospitalar" (Almeida, 1986:70).

Lembremos que o processo de profissionalização na área de enfermagem "se

efetuou através da arregimentação de parcelas diversificadas da população feminina com vinculações de classe dicotômicas: o proletariado formando a categoria das auxiliares e a burguesia fornecendo candidatos para os cursos de enfermeiras. Preparando-se aquelas para atividades junto ao paciente, tidas como predominantemente manuais e estas para as tarefas intelectualizadas de supervisão, ensino e administração" (Nakamae, 1987:83).

O novo projeto administrativo hospitalar de controle dos seus trabalhadores é levado adiante pelos médicos, com a colaboração das enfermeiras de classe social mais alta. Esta enfermeira assume o controle administrativo do trabalho de enfermagem.

A divisão do trabalho na enfermagem desenvolve-se nas primeiras décadas do século XX na América do Norte e, a partir daí, difunde-se aos diferentes países de América Latina. "Assiste-se a uma divisão progressiva do trabalho de enfermagem para possibilitar a utilização em grande escala de pessoal de enfermagem sem preparo formal, na perseguição da racionalidade do trabalho hospitalar (...) A prática é parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes, cabendo também esta execução parcelada a diferentes agentes" (Almeida, 1986:70).

Outras categorias encarregadas do cuidado direto do paciente (trabalho manual) foram sendo criadas no trabalho de enfermagem. (20) "Portanto, a prática de

---

<sup>20</sup>. No Brasil, verifica-se que, além da enfermeira, aparecem respeitando esta ordem, o técnico de enfermagem, o auxiliar e o atendente que esta na base da pirâmide. Estes, são adestrados para sua função específica e seu número está em aumento. As funções assistenciais são comuns a todos os

enfermagem não tem sido exercida em toda sua extensão pela enfermeira, (...) cada agente passou a ser um trabalhador parcial" (Almeida, 1986:71).

Todos estes agentes chamados de "equipe de enfermagem" constituem, no pensamento marxista, um coletivo de trabalho que também se apresenta na enfermagem. Formando uma pirâmide hierárquica, encontram-se no vértice as enfermeiras chefes, docentes, pesquisadoras e supervisoras e, em forma descendente outras enfermeiras e auxiliares.

As tarefas são designadas de acordo com sua complexidade e de acordo com o nível de competência do pessoal. Esta modalidade de assistência está baseada nos princípios da "administração científica" desenvolvidos no setor industrial a partir do final do século passado por Frederick W. Taylor.

A organização do trabalho de enfermagem sofre neste século forte influência de duas correntes de pensamento que se incluem na Teoria Geral da Administração: o Taylorismo e a Escola de Relações Humanas. Ambas as correntes serão analisadas a seguir.

### **3.1 Taylorismo na enfermagem**

A modalidade de assistência de enfermagem que designa as tarefas de acordo com sua complexidade e o nível da competência pessoal está baseada nos trabalhos de

agentes e, as funções administrativas, de docência e pesquisa são privativas das enfermeiras profissionais a partir da Lei Nº 2604/55 e do decreto Nº 50387/61 do Ministério da Saúde (1974).

Frederick W. Taylor (1856-1915) que deram origem à chamada Escola de Administração Científica ou Escola Clássica, da qual participaram também Henri Fayol, Frank Gilbreth, Gantt entre outros (Motta, 1982:4; Braverman, 1980:82).

O taylorismo "constitui uma das formas de gestão capitalista que, organizando racionalmente o trabalho no interior da fábrica, rompe suas fronteiras e se volta, na sociedade, para a formação do tipo adequado de homem para o desenvolvimento do capitalismo" (Segnini, 1986:82).

Este movimento de "racionalização do trabalho" tem como objetivo central o aumento de eficiência e produtividade.

O taylorismo implanta-se e difunde-se no início deste século até mesmo fora dos muros da fábrica. No hospital, a aplicação dos princípios do taylorismo levou ao desenvolvimento de uma hierarquia resultante da divisão do processo de trabalho em funções com o mínimo de conteúdo possíveis. Desta forma, foi viável a incorporação de trabalhadores não qualificados ou semi-qualificados.

A criação de um corpo de trabalhadores menos hábeis permitiu a passagem de poucas enfermeiras para posições de supervisão a fim de controlar o trabalho dos subalternos.

Taylor sintetizou idéias que ocupavam-se "dos fundamentos da organização dos processos de trabalho e do controle sobre ele" (Braverman, 1980:83).

A Gerência Científica significa para este autor, "um empenho no sentido de aplicar os métodos da ciência aos problemas complexos e crescentes do controle do

trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão" (Braverman, 1980:82).

O conceito de controle em Taylor é um aspecto distintivo no seu pensamento. "Admitia-se em geral antes de Taylor que a gerência tinha o direito de "controlar" o trabalho, mas na prática esse direito usualmente significava apenas a fixação de tarefas, com pouca interferência direta no modo de executá-las pelo trabalhador". A contribuição de Taylor foi elevar "o conceito de controle a um plano inteiramente novo quando asseverou como uma necessidade absoluta para a gerência adequada, a imposição ao trabalhador da maneira rigorosa pela qual o trabalho deve ser executado", desde as atividades mais simples às mais complexas. "Nesse sentido, ele foi o pioneiro de uma revolução muito maior na divisão do trabalho que qualquer outra havida" (Braverman, 1980:86) (grifo nosso).

Os quatro princípios da administração científica formulados por Taylor e aplicados na enfermagem são:

"Desenvolver para cada elemento do trabalho individual uma ciência que substitua os métodos empíricos do trabalho" (Taylor, 1987:49). Desta forma, o saber complexo do trabalhador se reduz a seus elementos simples, assim como os tempos de cada fração do trabalho é decomposto para chegar ao tempo padrão imposto.

Os estudos de tempo e movimento serão aplicados na enfermagem para dar conta do aumento crescente dos cuidados ao doente devido ao grande número de internações hospitalares a partir do século XX. O controle do tempo na realização dos cuidados de enfermagem tem como objetivo produzir com o máximo de rapidez e eficácia.

A disciplina do tempo aplicada à execução das ações de enfermagem darão origem às "técnicas", sendo esta operacionalização do trabalho, a primeira expressão do saber "cientificamente" racionalizado nesta profissão. (Almeida, 1986:56).

A enfermeira descreve detalhadamente como se desenvolvem as diversas atividades, de modo que possa delegar tarefas a outros conseguindo assim, economia de tempo, energia e dinheiro. (Pires, 1989:143)

Este movimento, como assinala Almeida, refletiu-se na temática da produção científica da enfermagem americana entre os anos 1920-30. (Almeida, 1986:58)

Desta forma, as atividades ou cuidados prestados até o momento de forma independente pelos exercentes tradicionais, são apropriados pelas enfermeiras que os sistematizam dentro dos princípios da gestão científica, transformando-os em saber de enfermagem, a ser vendido como serviço, e executado pelo pessoal auxiliar sob controle gerencial do enfermeiro (Pires, 1989:143). Seria o primeiro passo na busca da caracterização da enfermagem enquanto ciência.

As técnicas de enfermagem possibilitaram uma prática que foi denominada por Almeida de "modalidade funcional". (21) Esta modalidade de trabalho perdurou nas primeiras décadas deste século nos Estados Unidos, mas ainda se encontra presente tanto na enfermagem brasileira quanto na uruguaia.

Conforme Almeida coloca: "o foco de atenção de enfermagem, nesta modalidade, são as tarefas e os procedimentos. Há um princípio de reconhecimento da divisão do

---

<sup>21</sup> . Almeida analisa dois diferentes tipos de organização do trabalho na enfermagem moderna: a modalidade funcional e a modalidade de trabalho em equipe.(1986:52-67)

trabalho, com maior ênfase nos cuidados a serem prestados ao paciente, sendo que estes são agrupados para fins de economia de tempo e de maior presteza na execução do serviço. Os cuidados a serem prestados a um paciente são distribuídos por alguns elementos de enfermagem; por exemplo, um presta os cuidados higiênicos a todos os pacientes, outro verifica os sinais vitais de todos e outro dá a medicação, e assim por diante; um mesmo paciente é atendido por vários elementos de enfermagem. São delegadas ao pessoal auxiliar todas as tarefas de cuidados aos pacientes; assim, a enfermeira tende a perder contato com eles e passa a gerenciar o seu pessoal" (Almeida, 1986:52).

A delegação de tarefas na enfermagem implica também a delegação de responsabilidades entre os diferentes níveis hierárquicos com a conseqüente possibilidade de sanções pelo não cumprimento. Estas responsabilidades são muito bem especificadas na descrição de cargo, estabelecida para cada categoria pelos departamentos de enfermagem das diferentes instituições de saúde, responsabilidades estas que são lidas ao ingressar o pessoal contratado. Esta é a aplicação do quarto princípio da administração científica, formulado por Taylor: "manter a divisão eqüitativa do trabalho e das responsabilidades entre a direção e o operário" (Taylor, 1987:49). Mas também responde ao princípio de autoridade e responsabilidade desenvolvido por H. Fayol, continuador de Taylor e integrante da mesma Escola. Conforme este autor, não se concebe autoridade sem responsabilidade, portanto, sem sanção (recompensa ou penalidade), a qual acompanha o exercício de poder (Fayol, 1987:25). Ou seja, a sanção é o correlato da responsabilidade e deve existir em toda parte, até no topo da hierarquia.

Taylor considera que todo o conhecimento tradicional adquirido pelo trabalhador, deve ser compilado, classificado, tabulado e reduzido pelo administrador a regras, leis e fórmulas, devolvendo-as posteriormente ao trabalhador como sendo a melhor maneira de se executar a operação. "Este receberá portanto, as instruções de como e em quanto tempo realizar sua tarefa parcelizada" (Rago e Moreira, 1988:21).

Assim, cada unidade de trabalho nos hospitais possui manuais de rotinas e procedimentos elaborados e impostos pelas chefias de enfermagem aos diferentes trabalhadores, a partir das atribuições de cada um.

"A dimensão prática das técnicas de enfermagem viabilizou-se em duas direções que são dois pólos do mesmo processo de trabalho da enfermagem, ou seja, a direção e a execução". Isto é, os aspectos administrativos e assistenciais do cuidado da enfermagem que resultam na divisão técnica do trabalho: as enfermeiras administrando e as auxiliares executando. (Almeida, 1986:56).

As técnicas, também são o produto da separação do trabalho de concepção e execução na enfermagem. Todo trabalho intelectual se centra no departamento ou divisão de enfermagem, de igual forma que Taylor tirava-o da oficina e centrava-o no departamento de planejamento (Braverman, 1980:103).

Ao departamento de enfermagem corresponde realizar o que Taylor especificou como sendo o segundo princípio da administração científica: "selecionar cientificamente, depois treinar, ensinar e aperfeiçoar o trabalhador. No passado ele escolhia seu próprio trabalho e treinava-se a si mesmo como podia" (Taylor, 1987:49).

A seleção do pessoal de enfermagem se faz através de concurso de provas e títulos e de entrevistas, buscando a pessoa "certa para o lugar certo".

O terceiro princípio da administração científica implica em "cooperar cordialmente com os trabalhadores para articular todo trabalho com os princípios da ciência que foi desenvolvida" (Taylor, 1987:149). Na prática, segundo Braverman, este princípio é a utilização do monopólio de conhecimentos para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução (Braverman, 1980:108).

Para Fayol, este princípio implica no desenvolvimento disciplinar do trabalho através dos seguintes aspectos: autoridade, comando, subordinação, direção, centralização, hierarquia, justiça, disciplina e ordem.

Vejamos como estes princípios expressam-se na profissão observada.

A inserção das enfermeiras no esquema institucional hospitalar ocorre numa relação de submissão ao papel gerencial.

A enfermeira tinha desempenhado um papel fundamental na estruturação, manutenção e sustentação do novo projeto hospitalar (administrativo e assistencial) que emergia com Florence Nightingale em 1860. Nos padrões preconizados por ela coube às "ladies nurses": "a assimilação das funções administrativas voltadas ao controle dos serviços domésticos dos hospitais (lavanderia, limpeza, cozinha), à organização do ambiente e dos espaços destinados aos doentes e ao pessoal, além da função de preparo e supervisão dos elementos auxiliares" (Ide, 1989:228).

Posteriormente, frente ao movimento de expansão e de aprimoramento técnico-científico da assistência cristalizam-se tanto a esfera gerencial da prática dos enfermeiros, respaldada numa atividade administrativa dita científica, como também a crescente absorção de elementos com menor preparo, numa interação conflitante. (Ide, 1989:231)

O desempenho gerencial desenvolvido pelas enfermeiras foi um instrumento eficaz, tanto para a organização e sustentação do espaço assistencial que se constituía, como também para o preparo e supervisão das demais categorias (pessoal auxiliar de enfermagem) em aumento.

A enfermagem é responsável pela viabilização da atividade médica a partir de um espaço organizado, em condições ambientais adequadas e com pessoal subalterno preparado e supervisionado para atender às orientações médicas e às necessidades dos doentes. (Ide, 1989:232)

A enfermagem, enquanto serviço de atendimento ao paciente, numa estrutura burocrática capitalista, torna-se uma prática voltada para a legitimação da hierarquia do poder, da divisão social e técnica do trabalho.

### **3.2 Escola de Relações Humanas na enfermagem.**

As relações de trabalho a partir de Taylor e Fayol, como adequação patronal ao desenvolvimento capitalista, reduzia o esforço físico da mão de obra e aumentava o

desgaste nervoso. Começa a ter efeitos nocivos para a subordinação do trabalho ao capital. Tais efeitos são assinalados por Tragtenberg entre outros como o "tédio" na indústria, a baixa produtividade e a rotatividade da mão de obra, que se somam à resistência organizada do trabalhador a partir mesmo da implantação do taylorismo. (Tragtenberg, 1989:19)

Diante da postura dos trabalhadores, contrária ao processo intensificado de trabalho a que são submetidos, a administração capitalista precisa lançar mão de mecanismos persuasivos que lhe possibilitem, por um lado, dissimular mais efetivamente as condições em que se dá a subordinação do trabalho ao capital e, por outro lado, atenuar de alguma forma os efeitos nocivos mais imediatos dessa subordinação.

Desta forma, conforme Tragtenberg "a Escola de Relações Humanas foi a resposta patronal, no plano intelectual, ao surgimento das grandes centrais sindicais norte-americanas que centralizavam a mão-de-obra operária". Mas também permitiu a exploração do trabalhador de forma indireta: pela manipulação do operário por especialistas em Recursos Humanos e Relações de Trabalho, os quais, por sua vez, são instrumentos manipulados pela direção das empresas, utilizando-se para isso das contribuições das ciências comportamentais, principalmente da psicologia e da sociologia. (Tragtenberg, 1977:197)

Um dos precursores das novas idéias foi Elton Mayo (psicólogo industrial australiano) chamado em 1923 a pesquisar as causas da rotatividade de pessoal na indústria.

Mayo, "desloca o foco de interesse da administração da organização formal para os grupos informais e suas inter-relações, bem como dos incentivos monetários para os psicossociais (...) baseando-se na hipótese de que a produtividade é função direta de satisfação no trabalho, e que este, por sua vez, depende do padrão social não convencional do grupo de trabalho" (Motta, 1982:19,21).

A "harmonia" administrativa perseguida por Mayo, seria conseguida pela adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sem transformá-lo. Para isto, Mayo propõe que os trabalhadores se insiram em pequenos grupos de forma que possam comunicar-se entre si direta e freqüentemente, levando à formação das técnicas de dinâmica de grupo, na tentativa de uma aproximação existencial entre eles.

É acentuado o papel de negociação e compromisso, desenvolvendo a motivação do trabalhador para cumprir os objetivos da organização. Desta forma, o homem "não poderia ser obrigado a realizar tarefas cujos fins desconhece, mas, ao contrário, deveria participar da própria decisão que desse origem à tarefa que devesse executar" (Motta, 1982:24).

A Escola de Relações Humanas procura acentuar a participação do operário no processo decisório, mas essa participação para Tragtenberg é uma ilusão porque a decisão é tomada no topo da hierarquia, e ele apenas a reforça. (Tragtenberg, 1974:85). Para este autor, a Escola de Relações Humanas define-se como uma ideologia manipulatória na medida que compreende os conflitos nas empresas causados pelos

desajustes individuais. É sabido que a oposição de interesses é real na medida que o proprietário ou seus representantes procuram maximizar lucros, minimizando custos e o trabalhador procura maximizar seu salário. (Tragtenberg, 1974:84; 1977:198)

A partir da década de 50, a enfermagem passa a sofrer influência marcante da Escola de Relações Humanas. Precisamente em dezembro de 1949 a Divisão de Ensino de Enfermagem, no Teacher's College da Universidade de Colúmbia, nos Estados Unidos de América, propõe realizar uma experiência de organização de trabalho por equipe, que será posteriormente transposto para todo o mundo ocidental.

Uma das razões da proposta da organização do trabalho em equipe vincula-se à crítica situação dos hospitais nos Estados Unidos, principalmente em relação à escassez de pessoal de enfermagem. (Almeida, 1986:63)

O surgimento de novas categorias de enfermagem durante e após a Segunda Guerra Mundial constitui outra razão significativa. Como consequência deste fato, a enfermeira titulada assume atividades mais técnicas, que freqüentemente a separam do paciente. A assistência direta ao paciente é tarefa do pessoal relativamente semi-qualificado. (Kron, 1978:215)

A "modalidade de trabalho em equipe" é resultante da crítica da modalidade funcional (ou trabalho por tarefas), como pode ser identificado no seguinte texto de Thora Kron:

"Pelo método funcional de designação, as enfermeiras têm apenas contato

ocasional com os funcionários auxiliares, e, freqüentemente, seu único contato com os pacientes ocorre durante a administração de medicamentos ou tratamentos. Elas não têm a autoridade nem a oportunidade de dirigir e supervisionar a assistência que é dada pelos outros funcionários. Há pouca comunicação entre os próprios funcionários e, pouca ou nenhuma coordenação entre os fragmentos de assistência de enfermagem que cada pessoa deve dar" (Kron, 1978:216).

O trabalho de enfermagem em equipe foi criado segundo esta autora "com o objetivo de reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações num todo, onde a assistência é minuciosamente guiada e supervisionada por uma enfermeira profissional que é a líder" da equipe. (Kron, 1978:216)

Cada integrante do grupo deve contribuir com sua parcela de conhecimentos, informações, cooperação e solidariedade, para alcançar o objetivo comum que é o melhor cuidado do paciente. Na medida que ele possa dar o máximo de que é capaz, sentirá satisfação ao mesmo tempo que reconhecerá o limite de sua contribuição. (Almeida, 1986:66)

A adoção desta forma de organização do trabalho na enfermagem procura transformar cada integrante "como alguém necessário e valorizado pela organização, buscando a máxima realização individual e conseqüentemente a harmonia e o bem-estar de todos" (Melo, 1986:58).

Quando a qualidade da assistência não é alcançada, o procedimento do trabalho em equipe coloca as causas em termos pessoais e funcionais. Seriam falhas na liderança, na comunicação, na desobediência às normas, em cada um não estar dando o máximo

de si, esquecendo as causas ligadas às relações sociais advindas da divisão do trabalho e da alienação do trabalhador em relação ao processo de trabalho que separa a concepção da execução. (Almeida, 1986:66)

Nenhum cargo é mais importante que o outro, entre os membros da equipe. As relações de poder no grupo, de dominação e subordinação são vistas como hierarquia e autoridade vinculadas ao saber científico e a divisão social é concebida como divisão técnica que conduz à cooperação. (Almeida, 1986:66)

Cabe à líder de cada equipe decidir que pessoa está melhor qualificada para assistir cada paciente. "Precisa ser capaz de planejar, dar, supervisionar e avaliar a assistência de enfermagem: coordenar os recursos do hospital e da comunidade para benefício de cada paciente; tomar decisões com calma e sabedoria, na medida das necessidades; trabalhar harmoniosamente e se comunicar com eficácia com todos os tipos de pessoas (...) Para proporcionar liderança, a líder da equipe deve receber tanto a autoridade quanto a responsabilidade de supervisionar os membros de sua equipe. Esta exigência significa que a enfermeira-chefe delega responsabilidades e liderança à líder de equipe. Ela deve também delegar a autoridade necessária para que essas responsabilidades possam ser executadas (...) Toda líder, para que seja eficaz a sua liderança, deve conhecer os princípios básicos da administração, supervisão, orientação e ensino e, ser capaz de aplicá-los no seu trabalho com a equipe" (Kron, 1978:216-19).

Este discurso do trabalho de enfermagem realizado em equipe, tendo como

fundamentação os princípios da Escola de Relações Humanas, vem reforçar, viabilizar e cristalizar o trabalho da gerência da enfermeira. Isto pode ser identificado nos textos precedentes, onde fica clara a aplicação das técnicas e princípios da Administração Científica de Taylor e Fayol no trabalho de enfermagem.

A supervisão é uma das técnicas do controle gerencial mais valorizada e utilizada pelas enfermeiras com o seu pessoal subalterno. No seu exercício, a enfermeira controla a eficácia e eficiência do trabalho assim como o cumprimento das normas estabelecidas.

Kron, inclui na supervisão "todas as atividades pelas quais a administração se assegura de que os objetivos serão atingidos" (Kron, 1978:157). Supervisionar é "observar, avaliar, e ensinar os membros de sua equipe" (Kron, 1978:231)

Neste discurso fica oculto o papel da supervisão viabilizando a expectativa da classe dominante em organizar o sistema assistencial, tendo na enfermeira o seu instrumento de manipulação e controle da força de trabalho (Ide, 1989:243). Mas também, "a função de supervisão viria como instrumento de ascensão social para a enfermeira afastando-a do cuidar manual, elevando-a à categoria dos que intermedeiam as relações de produção. Entretanto, parece razoável considerar que essa posição não pode ser confundida com autonomia e muito menos com participação efetiva dos enfermeiros no espaço de gestão. Caracterizá-la como prática administrativa seria conferir-lhe um falso caráter de poder uma vez que, definitivamente, a escolha, a mudança, a determinação das prioridades e estratégias assistenciais e de utilização da força de trabalho enfim, a participação no processo decisório estão cada vez mais

distantes do seu âmbito de atuação. Esta ainda mantém como característica a aderência ao papel burocrático tecnicamente restrito e politicamente esvaziado(...) Se cuidar, frente aos padrões sociais vigentes, seria uma atividade menos nobre, o papel de supervisor também implicaria no surgimento de reações desenvolvidas pelas demais categorias contra ele, estando aí a essência de seus conflitos de identidade profissional" (Ide, 1989:240).

Os princípios e fundamentos do Taylorismo e da Escola de Relações Humanas analisados, continuam servindo como base para a organização do trabalho na enfermagem atual, onde os conflitos resultantes das relações de trabalho e poder levam a reforçar, em nível só do discurso, o aspecto da participação no trabalho da equipe porque, "ceder um pouco de poder aos trabalhadores pode ser um dos melhores meios de aumentar sua sujeição, se essa lhes dá a impressão de influir sobre as coisas" (Jenkins, 1973, in: Tragtenberg, 1980:19).

#### 4. O saber de enfermagem.

O saber de enfermagem refere-se aos meios de trabalho ou instrumental que a enfermeira utiliza para a apropriação do objeto de sua prática, "o cuidado".

O cuidado de enfermagem expressa-se mediante ações a outros, para outros e com outros. O ato de cuidar comporta certas aptidões, atitudes, conhecimentos e é precisamente esse conhecimento que implica o cuidado, que inclui a compreensão das necessidades, considerar a pessoa e, principalmente conhecer os próprios poderes e limitações.

Para Almeida, o cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura, "o conhecimento ou saber de enfermagem, que se corporifica em um nível técnico constituído pelos instrumentos e condutas e, também em relações sociais específicas, visando o atendimento das necessidades humanas" (Almeida, 1986:24).

Três expressões do saber de enfermagem foram surgindo cronologicamente na história da enfermagem, quais sejam: as técnicas de enfermagem, os princípios científicos e as teorias de enfermagem. (22)

As técnicas de enfermagem são uma das primeiras manifestações organizadas

---

<sup>22</sup>. Almeida analisa estes saberes, na sua dimensão histórica, procurando compreender o seu significado na internalidade do trabalho de enfermagem brasileiro, assim como o seu significado para viabilizar os projetos de saúde e suas relações sociais com a prática de enfermagem. (1986:27)

e sistematizadas do saber de enfermagem. Estiveram sempre presentes nos cuidados de enfermagem, mas, primeiramente, como simples rituais de cuidados. Mais tarde começam a ser organizadas (no final do século XIX), quando a enfermagem na Inglaterra também começa a constituir-se.

Os conhecimentos práticos deste período, mostram como trabalhar para conseguir certos resultados, mas não envolve qualquer entendimento do porque das obras acabadas.

As técnicas foram implementadas na enfermagem norte-americana nas primeiras décadas do século XX. Neste lugar, as mesmas passam a "fazer parte de uma das três áreas de conhecimentos básicos dos currículos de enfermagem" (Almeida, 1986:30). (23)

A área das técnicas e habilidades especializadas incluía técnicas não só manuais, mas também sociais, intelectuais ou administrativas.

As técnicas de enfermagem são a descrição do procedimento que passo a passo será executado, assim como também do material necessário para a realização do mesmo.

Segundo Almeida, as técnicas "recobrem grande parte do trabalho de enfermagem e, através do tempo, elas passam por transformações, vão de simples descrição de passos até buscar em outras áreas de conhecimento as razões de tais

---

<sup>23</sup> . As três classes de conhecimentos básicos dos currículos norte-americanos assinalados por Almeida são: os princípios, as técnicas e habilidades especializadas e os ideais. (Almeida; 1986:30)

procedimentos" (Almeida, 1986:31-32).

As áreas de conhecimento onde as técnicas buscam o seu fundamento são a física, química, anatomia, fisiologia, bacteriologia, bioquímica e também, a psicologia, ética, sociologia e religião. (Almeida, 1986:32)

Após a produção das técnicas básicas de enfermagem, surge a produção das técnicas em áreas especializadas, acompanhando a especialização médica e a inovação tecnológica, permitindo desta maneira a manipulação por parte da enfermeira das novas aparelhagens.

Além do exposto, as técnicas de enfermagem devem ser consideradas como uma resposta imediata e significativa ao trabalho hospitalar, na medida que a sua gênese está sob o comando da disciplina espacial, para a constituição do micropoder hospitalar que permitirá o controle social dos trabalhadores da enfermagem.

Com o aumento crescente dos cuidados de enfermagem, as tarefas requerem o controle do tempo na sua realização, objetivando produzir com o máximo de rapidez e eficácia. A disciplina vai ser o elemento-chave também quando da sistematização do tempo e movimento das técnicas da enfermagem. A perseguição da racionalidade econômica na estrutura hospitalar levou ao desenvolvimento pleno das técnicas de enfermagem nas décadas de 30 até 50. Constituem até os dias atuais, uma área importante do saber na enfermagem, pois dá-se ênfase ao aprendizado das mesmas no ensino formal. A maior parte da produção científica refere-se às técnicas e também à

aplicação de determinados princípios em cuidados específicos de enfermagem. (Almeida, 1986:35)

Na década de 50, também nos Estados Unidos de América do Norte inicia-se um movimento que tem por finalidade tornar científico o saber de enfermagem. "Até então, a enfermagem era vista como não científica e suas ações baseadas na intuição".

A enfermagem procura aproximar-se não só do saber médico, mas também de sua autoridade. (Almeida, 1986:58-61) (24)

Os princípios científicos constituem a segunda expressão do saber de enfermagem que perduram principalmente nas décadas de 50 e 60. Pode ser definidos "como leis, doutrinas, "verdades" ou conjuntos de fatos amplos e essências que constituem a base das normas de ações estabelecidas" (Elhart et alii, 1983:79 in: Almeida, 1986:59).

Este direcionamento do saber de enfermagem, não só se faz presente nos currículos da enfermagem norte-americana pelo número considerável de disciplinas da área biológica, mas também, nos países de América Latina. No Uruguai ainda hoje continua tendo uma influência marcante.

A fundamentação científica das técnicas de enfermagem tem suas bases principalmente nas ciências naturais (anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia) e,

---

<sup>24</sup> Esta proposta foi encabeçada por educadores de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de Washington. Realizaram um estudo cuja duração foi de cinco anos, patrocinado pela The Commonwealth Fund, culminando na edição em 1959 do livro: "Princípios científicos aplicados na enfermagem". (Almeida, 1986:59)

mais tarde, nas ciências sociais (psicologia e sociologia), num processo que se adequa ao saber desenvolvido pela medicina.

Segundo Almeida, "às técnicas de enfermagem que não possuíam uma teoria para fundamentá-las procurou-se agregar a teoria do objeto da enfermagem, trazida de outras áreas do conhecimento, tentando-se desta maneira, construir os instrumentos que permitissem apreender o objeto, conhecê-lo, ou seja, possibilitar a dimensão intelectual do trabalho de enfermagem" (Almeida, 1986:62).

Os princípios científicos procuram não só dar fundamentação aos procedimentos de enfermagem mas também ao trabalho em equipe, viabilizando a intensificação do trabalho através do discurso de humanização do cuidado ao paciente.

O saber expresso pelos princípios científicos é visto por Almeida como dependente, ou seja, não possui uma natureza específica nem é autônomo. (Almeida,1986:87)

Estas características no saber de enfermagem vão continuar até os anos 60. A partir deste momento, segundo vários autores, a enfermagem procurou definir sua teoria e seus limites de atuação profissional. (Cohen. 1988:227)

O interesse pelo desenvolvimento da teoria da enfermagem tem duas razões:

a) os dirigentes de enfermagem achavam que a teoria, como corpo próprio de conhecimentos, permitiria o estabelecimento da Enfermagem como profissão. (25)

---

<sup>25</sup>. Para Greenwood (1972), cinco elementos definem uma profissão: conter uma teoria sistemática; reconhecimento por parte da sociedade da autoridade da profissão; a sanção comunitária; códigos éticos compartilhados e; conter uma cultura própria. A teoria sistemática, é colocada no primeiro lugar porque os outros elementos, dependem da presença de uma base teórica capaz de definir os limites da profissão. (Cohen, 1988:227)

b) os teóricos estavam motivados pelo valor intrínseco das teorias para a Enfermagem e pela importância do crescimento e enriquecimento da teoria para a Enfermagem em si mesma. (Choi; in: Marriner, 1989:44)

Para Almeida, a procura da autonomia e da especificidade da enfermagem faz surgir um novo enfoque no seu saber: "o enfoque da construção do corpo de conhecimentos específicos de enfermagem" ou as teorias (Almeida, 1986:87) (26)

As teorias representam a expressão contemporânea do saber de enfermagem. Seriam "o instrumental indicado para orientar a enfermagem na busca de sua autonomia, como campo específico de saber, permitindo uma delimitação de seus limites de atuação, no trabalho com outros profissionais" (Almeida, 1986:88).

Novamente as enfermeiras norte-americanas lideram este novo processo, que tem início, segundo Almeida, com a publicação da primeira teoria em 1966. (27)

A aplicação de critérios rigorosos em uma teoria científica seguramente colocará a descoberto deficiências nas teorias da Enfermagem, já que a construção teórica neste campo encontra-se atualmente nas primeiras etapas de desenvolvimento. Atualmente, e por este motivo, não existe consenso na aceitação das teorias de enfermagem como tais.

---

<sup>26</sup> . A definição de teoria, no dicionário, é o conjunto de conhecimentos que apresentam graus diversos de sistematização e credibilidade, e que se propõem explicar, elucidar, interpretar ou unificar um dado domínio de fenômenos ou acontecimentos que se oferecem à atividade prática.

<sup>27</sup> . Almeida faz uma análise de 8 teorias de enfermagem. Destas, 7 surgem a partir de 1966 nos Estados Unidos de América do Norte. (1986:88-103)

A partir de 1966, e durante toda a década de 70, surge, segundo Almeida, um número relativamente grande de teorias de enfermagem expressando assim a grande preocupação em colocar a enfermagem no mesmo nível de outras áreas de conhecimento.

Em relação à construção do corpo de conhecimentos específicos nas teorias de enfermagem, Almeida conclui que: "muitas dessas teorias expressam a formalização da organização das ações de enfermagem para a prestação do cuidado, mais que, propriamente, teorizam sobre o cuidado". As teorias de Levine (1969, teoria holística); Brodt (1969, teoria sinérgica); Rogers (1970, teoria de Rogers); King (1971, teoria de alcance dos objetivos); Roy (1974, teoria da adaptação) e Horta (1979, teoria das necessidades humanas básicas) são as que expressam este direcionamento. (Almeida, 1986:104)

Segundo Almeida, estas autoras colocam a necessidade da enfermagem se organizar como processo (baseadas nos princípios da teoria de sistemas e das relações interpessoais) para dar resposta aos problemas de saúde do homem.

Para Cohen, o empréstimo de conhecimentos de outras ciências como no caso da teoria de sistemas, continua só como sugestão de modelo mais adequado. "Ainda não fica claro de que maneira pode ser utilizada a teoria de sistemas no cuidado dos doentes, nem como chegaria a definir a base de conhecimentos da profissão (...), ou diferenciar os componentes médicos, sociais e psicólogos da profissão" (Cohen,

1988:234) (tradução do autor).

Também, nas teorias estudadas por Almeida o homem é visto como "um todo biopsicossocial em interação com o meio ambiente temporal-espacial, perdendo desta maneira, sua historicidade e concretude, passando a ser universal". (Almeida, 1986:104)

Em relação ao objeto de trabalho da enfermagem, o "cuidado", Almeida considera que é conceituado nas teorias, do ponto de vista de uma abordagem interna da saúde, privilegiando o equilíbrio, a homeostasia, a interação das partes, a adaptação, etc. Quando a fundamentação está no social, "êste é analisado sob o ponto de vista das ações sociais, papéis, status, e outros, numa visão funcionalista, dificultando assim a compreensão da doença do doente e da prática de enfermagem como totalidade historicamente determinada" (Almeida, 1986:104)

Fazendo a análise relativa à origem do campo do conhecimento, identifica-se uma substituição de suas fontes a partir do surgimento das teorias. Como visto, no período de predomínio dos princípios científicos, as fontes de conhecimento correspondem à biologia, fisiologia e medicina. A partir daí privilegia-se a psicologia, dando ênfase aos aspectos comportamentais e das relações humanas. Assim, na teoria da adaptação de Roy (1974) a enfermeira diagnostica o problema de relação de adaptação. Para Levine (1969), na sua teoria holística o "whole man" é o foco da enfermagem. Descreve-se à enfermagem como uma interação humana, uma disciplina enraizada na dependência orgânica do ser humano individual na sua relação com outros seres humanos. Na teoria sinérgica de Brodt (1969), as ações da enfermagem

devem ser sinérgicas ou seja, a intervenção da enfermeira é efetiva quando se dá a soma das mesmas. Para Rogers, na sua teoria (1970), a enfermagem visa ao indivíduo como um todo unificado. O foco da enfermagem na teoria de King (1971) é o cuidado de seres humanos, no sistema pessoal, interpessoal e social. Para a enfermeira brasileira Horta (1979), na sua teoria das necessidades humanas básicas, a enfermagem é assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, psicobiológicas, psicossociais e psico-espirituais.

"Desenvolve-se, então, um vasto conhecimento de teorias para compreender este homem, ora como doente, ora como sadio, ora como indivíduo total, pertencente a uma família, ambiente, etc. Ora relacionando-se com outras pessoas, no tempo e no espaço, desempenhando seu papel e desenvolvendo seu autoconceito e autocuidado". Este último aspecto, aparece como foco central da enfermagem, na teoria apresentada por Orem em 1971.

Como visto, não só na psicologia a enfermagem encontra as fontes de conhecimento mas também, na antropologia, sociologia, ecologia, etc.

Ainda que as teorias de enfermagem tenham permitido aprofundar os aspectos psicológicos e sociológicos, Cohen considera que não têm permitido diferenciar a atuação da enfermeira da que corresponde às ciências sociais aplicadas, ou da psicologia clínica, ou da atividade de assistente social. Para ela, a valiosa contribuição no campo do cuidado à saúde do enfoque psicológico-sociológico não deve atuar em detrimento dos conhecimentos biológicos. "O cuidado das necessidades físicas dos pacientes deve continuar a ser o núcleo central na atuação da enfermeira" (Cohen,

1988:257) (tradução do autor).

Também para Almeida, a definição clara do objeto de trabalho da enfermagem é uma questão principal. Para ela, o cuidado ao indivíduo ainda não está claramente definido apesar de ser visto em todas as dimensões como ser: físico, psicológico, social, tanto curativo quanto preventivo. O cuidado do paciente "tem como objetivo ajudar a recuperar aquilo que lhe falta, promover sua adaptação, manter o equilíbrio dinâmico, prevenir desequilíbrios, ajudar à manutenção do seu autocuidado". A enfermagem portanto, "deve e tem que possuir conhecimentos para realizar esta ação com competência" (Almeida, 1986:108).

Segundo a Nursing Development Conference Group (1979), a enfermagem é uma disciplina prática e, como tal, constituída de dois tipos de conhecimento. Um, a ciência aplicada de enfermagem, é descritivo e explanatório das realidades da enfermagem. "O outro, a ciência prática de enfermagem, especifica regras prudentes para guiar as decisões e ações das enfermeiras" (Almeida, 1986:109).

Desta forma, "o saber de enfermagem desloca-se das técnicas de enfermagem para as teorias e estas duas significações não se excluem, mas estão presentes no cuidado da enfermagem" (Almeida, 1986:109).

A enfermagem então, tem uma conotação de arte, ou seja, de uma prática com uma fundamentação científica buscada primeiramente, como vimos, no campo da biologia e, posteriormente, na psicologia e sociologia. "As teorias de enfermagem são esta última expressão do saber que buscam possibilitar uma fundamentação para a operacionalização do cuidado" (Almeida, 1986:109).

Como a finalidade expressa pelas teorias é viabilizar e orientar a prática de enfermagem, Almeida confronta aquelas com a prática, para verificar se sua gênese vem daí e, se estão direcionando esta prática. Primeiramente, analisa as cifras do pessoal de enfermagem no Brasil e verifica um pequeno número de enfermeiras e um grande número de pessoal elementar, fator que seria limitante para o desenvolvimento das teorias de enfermagem.

Ainda sendo elaboradas pela elite da enfermagem, as teorias têm que ser viabilizadas pela prática, ou seja, pelos agentes da enfermagem que estão prestando o cuidado ao paciente. Este pessoal auxiliar de enfermagem tem escassa instrução formal, ficando desta maneira, muito distante do saber expresso pelas teorias. (Almeida, 1986:113-14)

As teorias representam uma certa elaboração intelectual, que seria de domínio próprio da categoria enfermeira permitindo desta maneira, diferenciar-se das outras categorias auxiliares de enfermagem. Ao mesmo tempo em que há um monopólio das questões da saúde na mão do médico, há também um monopólio do saber de enfermagem nas mãos da enfermeira e não nas da enfermagem. Todo profissional procura monopolizar um saber específico. Isto não escapa à enfermeira.

Um outro aspecto colocado por Almeida é, que as atividades que as enfermeiras desenvolvem na prática são principalmente administrativas, relativas ao controle gerencial e burocrático de toda a unidade, não precisando de um domínio do saber de enfermagem para desempenhar tais tarefas. (Almeida, 1986:114)

A questão do trabalho na saúde ser desenvolvido de forma coletiva, ou seja por vários trabalhadores que cuidam de um mesmo corpo, dificulta mais ainda a autonomia destas práticas, "que se esbarram e se superpõem numa busca do seu espaço" (Almeida, 1986:115).

A conclusão que chega Almeida, e da qual também compartilhamos é que o saber de enfermagem não é uma produção autóctone e que sua aplicação na prática é difícil. Além disto, não é um saber crítico, pois não leva em consideração as contradições do processo de trabalho da enfermagem. (Almeida, 1986:115-16)

### III. A PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO URUGUAI

#### 1. Medicalização e poder médico na sociedade uruguaia.

A partir do século XVIII, no Vice-reino do Rio da Plata, os únicos que tinham direito de curar eram os cirurgiões e os médicos. Na realidade, todos tinham o poder de curar, ou seja, achavam-se com direito e habilidades para curar. (28) Esta lista estava integrada: pelos médicos com títulos europeus e "bonaerenses" (de Buenos Aires), (o que nem sempre era garantia de longos estudos); professores das diversas áreas da arte de curar (médicos, cirurgiões e parteiras); farmacêuticos ou boticários; práticos (flebotômicos, párocos, barbeiros); homeopatas e hidropatas (representantes do saber heterodoxo); curandeiros, curandeiras e comadres (nutridos dos saberes populares indígena, espanhol, português e italiano); e a família. (29) (Barrán, 1992: 29-36)

Num lento, porém progressivo processo, vai se dando a conquista por parte do

---

<sup>28</sup> . O Vice-reino do Rio da Plata com capital em "Buenos Aires" foi criado em 1776, pelos reis Borbons, com a finalidade de governar toda uma vasta região que compreendia os atuais territórios de Argentina, Bolívia, Paraguai, Uruguai, e parte de Brasil e Chile, a qual ficava muito distante do Vice-reino do Peru.

<sup>29</sup> . Entre os práticos encontravam-se os flebotômicos que sangravam e colocavam ventosas; os párocos, que foram propostos pelo Presidente Rivera como vacinadores em 1831, e os barbeiros, que extraíam dentes. Os homeopatas e hidropatas (que usavam a água na terapêutica) predicavam o retorno às curas naturais. (Barrán, 1992:31-32)

médico dos espaços públicos e do imaginário social, a partir do século XVIII na incipiente sociedade uruguaia. Primeiramente conseguiram o controle das autoridades estatais que geriam a saúde pública e tutelavam o exercício da medicina.

A primeira autoridade sanitária estatal, integrada por médicos e cirurgiões, foi o Promedicato, substituído em 1822 pela Comissão de Higiene Pública até 1829, quando então foi criado por decreto o Conselho de Higiene Pública. Este organismo geriu os destinos da profissão médica, mas também dos químicos, engenheiros, advogados, veterinários e farmacêuticos até 1895. (30)

Neste ano foi criado o Conselho Nacional de Higiene com a finalidade de determinar a importância da higiene nas obras públicas, estabelecimentos públicos (escolas, hospitais, asilos, quartéis, cárceres, cemitérios e matadouros), na construção de estabelecimentos industriais, habitações coletivas, casas para alugar, assim como também, estabelecer a regulamentação profilática da prostituição. Além disso, se devia propor ao Poder Executivo projetos de leis e regulamentos para gerir o exercício da medicina e das profissões derivadas, vigiando seu cumprimento. (Barrán, 1992:88-92)

Em segundo lugar, os médicos obtiveram o controle nos centros que cuidavam da saúde, como os asilos, hospitais e sanatórios, e, em terceiro lugar, conseguiram controlar âmbitos-chaves da beneficência pública.

---

<sup>30</sup>. No século XIX, durante os primeiros governos constitucionais, assiste-se ao processo de criação da Universidade. No dia 11 de junho de 1833 dita-se uma lei pela qual constituíam-se 7 cátedras, entre as quais encontrava-se Medicina. Para estas deveriam ser contratados como professores indivíduos com idoneidade. Em 27 de maio de 1838, o presidente em exercício (Oribe) ditou o decreto de criação da Universidade Maior da República, a mesma inaugurada em 18 de julho de 1849. A Faculdade de Medicina só foi criada através de um decreto em 1875. (Hernández, 1988:3)

Os hospitais e asilos eram administrados desde 1855 pelas Comissões de Caridade e Beneficência Pública. (31)

As primeiras Comissões tinham delegado aspectos essenciais do seu poder às freiras, principalmente no referente à assistência aos doentes. (32)

Neste contexto, o médico atuava como inspetor, vigiando a alimentação dos doentes, controlando os medicamentos e cuidando da higiene da sala, além de suas tarefas específicas, porém dependentes da Comissão. (Barrán, 1992:95)

Nas duas últimas décadas do século XIX, estes fatos transformam-se lentamente e o poder médico começa a ocupar um lugar importante. No Hospital de Caridade em 1898 é criado o cargo de médico interno permanente, com obrigações e direitos que foram regulamentados e permitiram um novo avanço do poder médico. Este funcionário devia morar no estabelecimento, controlar os estagiários, velar pela limpeza e higiene dos doentes e das salas, vigiar o regime dietético e a farmácia, controlar as faltas dos empregados, dar ordens às freiras, advertir faltas aos empregados e suspendê-los transitoriamente se necessário. (Barrán, 1992:96; Memória do Hospital

---

<sup>31</sup>. As primeiras iniciativas individuais para a criação de um hospital surgem em 1775 com a fundação da "Confraria San Jose e Caridade". Esta Irmandade integrada por 10 vizinhos respeitáveis e o pároco da cidade prodigava a caridade privada aos réus, injustiçados, doentes e náufragos, através de uma escassa esmola semanal e da quota dos Irmãos. O Hospital de Caridade, (assim foi chamado), foi fundado em 1788 e deu assistência não só a Montevideu mas a toda a República até 1862, momento em que aparecem as primeiras salas de hospital no interior do país. (de María, 1864:s/n; Scosería, 1917:333; Barrán, 1992:94)

No ano de 1889 a Comissão Nacional de Caridade e Beneficência Pública administrava e dirigia os seguintes estabelecimentos de assistência existentes até o momento em Montevideu: Hospital de Caridade (1788), Asilo de Mendigos (1860), Asilo de "Expósitos" e Órfãos (1875), Manicômio Nacional (1888). (Neme, 1961:24; Scosería, 1917:230-32)

<sup>32</sup>. As primeiras oito freiras foram trazidas de Gênova em 1856, para a assistência dos doentes do Hospital de Caridade. (de María, 1864:s/n)

de Caridade, 1901:23-24)

Estas mudanças aceleraram-se num momento de clara orientação liberal no país, quando em 1910 foi criada, através de uma lei, o Conselho de Assistência Pública com os antigos objetivos da Comissão Nacional de Caridade e Beneficência Pública. (33) Nesta lei reconhece-se ao indigente ou aos privados de recursos o direito à assistência gratuita por parte do Estado. Ou seja, uma atitude leiga de solidariedade veio substituir a anterior postura de caridade sendo uma obrigação dos endinheirados.

O poder executivo designa para sua direção geral um médico, o Dr. Scoseria. De forma imediata a Assistência Pública ocupou-se da administração de todos os hospitais e, principalmente, alterou as hierarquias existentes no seu interior. Os médicos substituem as comissões de vizinhos e senhoras e as freiras. (Barrán, 1992:97)

Sendo assim, no ano seguinte foram substituídos os símbolos religiosos da Comissão (coração, cruz e âncora) pelo Escudo Nacional, ao mesmo tempo em que foram suprimidas as práticas religiosas e os crucifixos nas salas dos hospitais. (Barrán, 1992:96)

Uma outra clara manifestação da mudança de poderes e orientações foi a mudança do nome do Hospital de Caridade, que no início de 1911 passou a chamar-se Hospital Maciel (pelo nome de seu fundador).

As religiosas, a partir deste momento, ficaram limitadas à vigilância de alimentos

---

<sup>33</sup>. A reação liberal é consequência da integração da Comissão Nacional de Caridade e Beneficência Pública, com um projeto que confiava a educação das crianças e a administração interna dos estabelecimentos às freiras. Este projeto não foi sancionado, assinalando uma nova orientação francamente liberal a partir de 1905. (Neme, 1961:26)

e roupas, a informar o médico interno da ausência do estagiário e ao controle do horário de entrada e saída deste e do médico, tarefas consideradas menores numa administração disciplinante. (Barrán, 1992:98)

O poder do médico também chegou a criar, nas primeiras décadas do século XX, os seus próprios auxiliares nos hospitais. Nas "advertências e instruções para enfermeiros, enfermeiras, serviçais e peões do Hospital de Caridade" de 1901, são considerados aspectos como a limpeza na vestimenta, a linguagem, a pontualidade, a conduta e o relacionamento com seus superiores. (Barrán, 1992:99)

A primeira Escola de Enfermeiros foi criada pelos médicos, no Hospital de Caridade em 1905, com o objetivo de formar auxiliares competentes nos estabelecimentos dependentes da Comissão Nacional de Caridade.

Um outro passo dado pelos médicos em direção ao poder no hospital foi a criação da Escola de Nurses em 1913. O modelo inglês foi transplantado para o Uruguai, subordinando ainda mais as enfermeiras aos médicos nos hospitais. (34)

A criação da Escola de Nurses foi uma das consequências quase que imediata à lei da criação da Assistência Pública de 1910. Surgiu, então, a necessidade de formar pessoal leigo para as funções de assistência.

A substituição, no cuidado do doente, da religiosa pelo pessoal especialmente

---

<sup>34</sup>. O anglicismo "Nurse" tem permanecido no Uruguai como sinônimo de Enfermeira Profissional com tal força que, até hoje, o público em geral, os médicos, pessoal paramédico e autoridades do Ministério da Saúde Pública, continuam chamando-a desta maneira nas instituições de saúde do país. Da mesma forma, as Auxiliares de Enfermagem (nova categoria de enfermagem resultante do ensino formal na década dos 50) são chamadas de Enfermeiras até nossos dias.

formado, subordinado hierárquica e cientificamente à autoridade do médico, foi parte do projeto de medicalização do hospital. (Barrán, 1992:99-100)

Esta substituição não ocorreu sem fazer-se expressa a resistência das corporações religiosas, que realizaram uma campanha encoberta de oposição às "nurses" docentes trazidas da Inglaterra, com a finalidade de desacreditar a nova Escola. (35)

Um outro fato que contribuiu para a medicalização triunfante do século XX foram as sociedades de socorros mútuos. Como os hospitais, após a lei de saúde pública de 1910, atendiam parcialmente às doenças dos "indigentes", as sociedades de socorros mútuos (criadas pelos imigrantes espanhóis, italianos e franceses a partir de 1853), atenderam uma porção relevante da sociedade, principalmente montevideana, nas décadas de 20 e 30. O curar, como mais uma das finalidades caritativas e de associação destas sociedades, passa a ser o foco principal de atenção. (Barrán, 1992:55,99)

A conquista de um lugar destacado no imaginário social, teve um papel muito importante na consolidação do poder médico. Desta forma, "se conseguiu a submissão de todos: doentes, sadios, autoridades do Estado e anarquistas, homens e mulheres,

---

<sup>35</sup> . As cinco "nurses" inglesas trazidas para iniciar o funcionamento da Escola, "acreditavam que poderiam continuar no Uruguai os costumes de seu país. As inocentes reuniões sociais que realizavam foram aos olhos dos oponentes consideradas orgias" (Turenne, 1946 in: Circular Informativa da "Escuela Universitaria de Enfermería Dr. Carlos Nery", 1975:23-24).

ricos e pobres, escritores contestatários e conformistas. Os médicos descreveram o médico, nos escritos da época, como santo, sacerdote, herói, general vitorioso, filantropo, patriarca, reformados e pedagogo, com as virtudes do desdém para o dinheiro do nobre, a abnegação do cristão, a sabedoria do cientista e o bom senso do burguês" (Barrán, 1992:102) (tradução do autor).

O prestígio social vê-se incrementado pela crescente profissionalização e pelos êxitos terapêuticos de fins do século XIX e começos do século XX, que permitem ao médico, além da cura da enfermidade, desempenhar o papel de conselheiro honesto, inflexível e prestigioso da felicidade das famílias. Desta maneira, amplia-se a sua influência sobre as condutas e a moral. (Barrán, 1992:108)

Entre os anos 1900 e 1930 a sociedade uruguaia, liderada por Montevideu, medicaliza-se. Isto, segundo Barrán, ocorre em três diferentes níveis: "no nível da atenção, ou seja, no papel cada vez mais importante do médico no tratamento da enfermidade; no nível da conversão da saúde num dos valores supremos da sociedade (e até, às vezes, no único valor) (...); e no nível da adoção pela sociedade de condutas cotidianas, valores coletivos e imagens, derivados diretamente da propagação do saber médico" (1992:57) (tradução do autor).

Concluindo, a medicalização da sociedade uruguaia foi o resultado da combinação do avanço científico com a mudança cultural e com o apoio brindado pelo Estado. (Barrán, 1992:114)

## 2. A enfermagem pré-profissional

A conquista da América por parte das nações colonizadoras não fizeram outra coisa que transplantar os modelos europeus de atenção aos doentes.

O saber científico europeu estava nas mãos de escassos médicos e os saberes populares indígena, espanhol, português e italiano estavam nas mãos de curandeiros e curandeiras, comadres que atendiam partos, e na família. Nesta última, considerada âmbito natural no qual era tratada a enfermidade, a mulher (avó e mãe) tinha o papel protagonista pois era depositária do saber popular das receitas transmitidas de geração em geração.

A mulher não apenas cuidava, mas também curava. Nas famílias nobres ou endinheiradas a mulher curava os filhos, serviçais e pobres. (Barrán, 1992:36)

Os registros que fazem referência ao século XVIII revelam a existência de cuidados dos pobres e doentes como prática de caridade privada realizada pelos médicos, enquanto familiares e vizinhos atuaram como enfermeiros, organizados sob forma de serviço domiciliar, a partir de 1775, pela "Confraria São Jose e Caridade". Este serviço domiciliar foi mantido até 1788, quando os cuidados aos indigentes e doentes passaram a ser realizados neste local, pelas voluntárias leigas (damas e senhoras) organizadas em "Comissões de Caridade e Beneficência Pública". (Scosería,

1917: 330-31; de Maria, 1864:s/n)

As idéias e os princípios de caridade cristã que orientavam as pessoas que integravam a "Confraria São José e Caridade" e as "Comissões de Caridade e Beneficência Pública" exerceram uma significativa influência na assistência brindada daí em diante. Um exemplo é a construção em 1796, ordenada por Maciel com recursos próprios, de uma capela anexa ao Hospital de Caridade para a celebração de festas e funerais dos Irmãos da Confraria e para o serviço espiritual dos doentes internados e do pessoal, e cuja direção esteve nas mãos do capelão (de Maria, 1864:s/n). Além disso, foram colocadas imagens e símbolos religiosos nas salas do Hospital.

A instalação no Hospital de Caridade, de 8 religiosas trazidas de Itália em 1856, para a assistência dos doentes, pobres, dementes e órfãos é outro fato que revela a vinculação desta assistência com a Igreja Católica.

Em 1862, o número de religiosas no Hospital de Caridade dobrou acompanhando as demandas de maior pessoal para atender o número crescente de doentes, crianças abandonadas e órfãos. Além das religiosas, trabalhavam como enfermeiros 25 serviçais de ambos sexos, que também moravam no Hospital. (de Maria, 1864:s/n)

O pessoal que desenvolvia estas tarefas pertencia às classes populares e não requeria nenhum preparo nem saber especializado.

Até 1899, a enfermagem pré-profissional no Uruguai, de forma semelhante ao "modelo religioso" europeu, assinalado no capítulo II, constituiu-se numa prática caritativa e de assistência ao corpo e ao espírito dos doentes. A partir desse momento,



mudam paulatinamente as exigências neste saber.

A primeira exigência para o desempenho deste trabalho foi saber ler e escrever. Esta qualificação foi regulamentada pelos médicos no "Reglamento Provisional de Enfermeros" (1899), diferenciando, daí em diante, as funções dos enfermeiros e dos serviçais. A participação dos médicos neste fato, evidencia a mudança ocorrida, a partir deste ano, na hierarquia do Hospital.

Como já foi colocado no item anterior, o médico substitui as comissões de damas e vizinhos e as religiosas. Desta forma, constitui-se uma nova hierarquia hospitalar, na qual no topo está o médico e na base, os serventes. Os enfermeiros estavam, então, sob as ordens dos médicos de sala em primeiro lugar, dos médicos internos, em segundo lugar, dos estagiários em terceiro lugar e, por último, das religiosas. (Memória del Hospital de Caridade, 1901:22-24)

Também neste regulamento institucionaliza-se o controle dos enfermeiros e enfermeiras, através de um registro especial de dados significativos desde seu ingresso até o egresso.

Um outro fato que contribuiu para o disciplinamento do pessoal não só de enfermagem, mas também dos serviçais (os dois oriundos das classes populares), ocorreu em 1901. As "Advertências e instruções para os enfermeiros, enfermeiras, serviçais e peões do Hospital de Caridade de Montevideu" foram um exemplo disto. Com elas, tentou-se moldar não só o corpo, mas também a alma deste pessoal. (Barrán, 1992:99)

### 3. A profissionalização da enfermagem no Uruguai

Entre os antecedentes da profissionalização da enfermagem no Uruguai encontra-se a criação da "Escola de Enfermeiros" no Hospital de Caridade em 1905. Esta escola criada e dirigida pelos médicos teve como objetivo "formar auxiliares competentes nos estabelecimentos dependentes da Comissão Nacional de Caridade" (Barrán, 1992:99) (tradução do autor). Portanto, o curso deveria ser menor que o curso de Medicina. Tinha um ano de duração, sendo ministradas aulas duas vezes na semana. Seus docentes eram médicos e alunos de 5º e 6º Grau da Faculdade de Medicina. (Barrán, 1992:99-100)

Na busca de sua identificação como grupo profissional, e de auxílio entre seus membros, estes enfermeiros constituíram em Montevideu, no mesmo ano, a primeira "Sociedade de Enfermeiros de Socorros Mútuos e Instrutiva" cujo objetivo era "elevar moral e materialmente a instrução dos sócios", através de instrução elementar. Além disto, ofereceria um auxílio de trabalho e de cuidados de enfermagem a quem precisasse. Na busca de trabalho, ajudava os sócios através de um anúncio permanente na Sociedade: "se oferecem enfermeiros". (Regulamento da Sociedade de Enfermeiros, 1905:3,5) (tradução do autor).

Alguns anos depois, aconteceu um fato que teve significativa repercussão no início do processo de profissionalização da enfermagem: a Lei da Assistência Pública de 1910. Esta lei, que colocou sob o controle do Conselho da Assistência Pública os serviços hospitalares, "abordou rapidamente o problema que considerava de fundamental importância: a reforma do pessoal secundário dos hospitais e asilos". Necessitava-se de um pessoal "instruído e com consciência de sua missão, que por sua preparação e sua cultura pudesse identificar seu papel e perseguir os fins do Estado" (Scosería, 1911, in: Abraham & Rúa, 1974:8) (tradução do autor).

O gestor da idéia de criação da "Escola de Nurses" (assim se chamaria) foi o Dr. Scosería (Diretor Geral da Assistência Pública), secundado pelo Dr. Carlos Nery (Cônsul do Uruguai na Inglaterra). A primeira tarefa encomendada ao Dr. Carlos Nery foi um estudo da organização das escolas de enfermagem nesse país, com a finalidade de transplantar este modelo de ensino (Nightingale) para o Uruguai. (36) Desta forma, seriam contratadas, por três anos, cinco "nurses" britânicas com idades entre 30 e 40 anos, "escolhidas pela sua competência e moralidade além de aptidões pedagógicas" para encarregar-se do ensino na nova Escola. Ficava expressa também a proibição às nurses "de impor ou influir religiosamente nos doentes, podendo exercer estas atividades fora do hospital e/ou Escola sempre que não prejudicassem o desempenho de suas obrigações" (Scosería, 1911, in: Abraham & Rúa, 1974:10) (tradução do

---

<sup>36</sup> . Este fato indica a magnitude da dominação inglesa no Uruguai, resultante da importante inversão de capitais (nas vias de transporte e nas primeiras formas de processamento da carne de boi) a partir das duas últimas décadas do Século XIX.

autor). O modelo inglês permitiria no Uruguai, contrariamente com o acontecido naquele país, distinguir socialmente as "nurses" do pessoal empírico, que até esse momento se encontrava realizando essa prática. Carlos Nery pretendia que esta nova profissão fosse escolhida pelas mulheres de classe média, mas esta idéia não prosperou pela campanha encoberta de oposição às "nurses" inglesas levada adiante pela Igreja. O que poderia ser considerado como modelo de comportamento social para as futuras "nurses" uruguaias, foi desvirtuado pela Igreja e portanto considerado imoral e impróprio para as mulheres da classe média uruguiaia.

Em 1911, Scosería dirige a nota solicitando a criação da Escola de Nurses ao Conselho de Assistência Pública Nacional. Esta iniciativa teve acolhida favorável pela Comissão Técnica e, em 1912, um Decreto do Poder Executivo assinado pelo presidente Batlle autorizou a criação da Escola de Nurses e do Hospital Anexo, que começou a funcionar sob a direção do Dr. Carlos Nery, no dia 15 de janeiro de 1913, como mais uma dependência da Assistência Pública. Este seria o primeiro passo do processo de profissionalização da enfermagem uruguiaia.

O objetivo da Escola foi "preparar pessoal auxiliar de assistência especializada apto para o cuidado dos doentes e capaz também de dar auxílio à administração hospitalar" (Dotta et alii.,1967:6) (tradução do autor).

O estabelecimento do sistema de ensino de Florence Nightingale no Uruguai, responde também à idéia de "abrir um novo campo de ação às atividades femininas" (Nery, 1917:363).

A enfermagem foi concebida pelo Dr. Carlos Nery como "a ciência e a arte do cuidado aos doentes e, por sua natureza, um trabalho da mulher" (1917:371). As responsabilidades que também a "nurse" deveria assumir na direção de diversos departamentos dos hospitais eram comparáveis, segundo Carlos Nery, às responsabilidades domésticas. Portanto, a Escola-Hospital devia preparar a nurse-mulher para o cuidado eficiente dos doentes hospitalizados durante as 24 horas ou na policlínica; para o conhecimento do organismo sadio e doente; para assumir responsabilidades em cargos de direção; para desempenhar numerosas funções de utilidade pública (como cumprir com as prescrições médicas em matéria de profilaxia e tratamento); e para uma ação civilizadora nos novos métodos de trabalho. (Nery, 1917:364-367)

O êxito ou fracasso desta tarefa dependia, no parecer de Nery, do caráter pessoal das aspirantes. Assim, "os atributos fundamentais que fazem uma boa Nurse são também da boa mulher" (Nery, 1917:366)(sublinhado nosso). Entre eles, Nery coloca a honestidade, paciência, perseverança, pontualidade, moralidade, e o senso comum, sendo possível de "despertar". Só seria possível, segundo ele, "desenvolver no trabalho e com treinamento", alguns atributos especiais como a simpatia, altruísmo, tato, observação, juízo, discrição e boas maneiras (Nery, 1917:366) (sublinhado nosso). Daí, a necessidade de escolher as candidatas, para o que foram estabelecidos requisitos para o ingresso como: ser mulher e solteira; ter entre 21 e 35 anos; ter boa saúde comprovada por exame médico; apresentar certificados de vacinação; possuir indubitosa moralidade e instrução primária completa, comprovada por certificado ou

exame. (37)

Não contente com esta primeira seleção, Nery estabeleceu para as inscritas um curso Preliminar de Prova, de três meses de duração, para conhecer aptidões intelectuais e morais, ao final do qual deveria prestar exame a uma banca para ser admitida no curso regular.

O curso regular era prático-teórico, de dois anos de duração. O ensino era essencialmente prático, através do ensino pessoal e demonstrações clínicas com a finalidade de "obter uniformidade, exatidão e correção no trabalho das alunas", além de "torná-las aptas para prestar ao médico uma ajuda inteligente e eficaz". As demonstrações clínicas também despertariam nelas "a faculdade de observação, ensinando a fixar atenção sobre sinais e sintomas (...) porém sem entrar em extensas nem profundas explicações". A intenção é "fazer da Nurse uma observadora exata e precisa, ou seja, uma auxiliar inteligente do médico e mais nada" (Nery, 1917:370) (tradução e sublinhado nosso).

Esta concepção da Nurse levou o Dr. Nery a colocar no programa escassos cursos teóricos. O conhecimento teórico devia ser não "elementar", já que poderia significar superficialidade, mas "especial", o que significava que "a instrução no que particularmente concerne às Nurses deve ser completa e perfeitamente assimilada e deve combinar em suas aplicações práticas, as deduções que se despreendem das mais

---

<sup>37</sup> . Nery se opõe ao ingresso na carreira da mulher casada ou da mulher com filhos, já que considera que estas poderiam desviar a sua vocação para outras atividades, requeridas por sua situação pessoal. (Nery, 1917:368)

modernas conquistas científicas". O que particularmente concernia às Nurses "incluía anatomia elementar e fisiologia, além de certos ramos da medicina e cirurgia especial pelas suas relações com a Nursing" (Nery, 1917:369) (tradução e sublinhado nosso).

Uma vez aprovada no segundo ano, a aluna prestava serviço remunerado por um ano em estabelecimentos de Saúde Pública, depois o Chefe do mesmo devia outorgar um certificado de bom comportamento e aptidões, condição prévia ao "certificado de capacidade" de Nurse. (Dotta et alii., 1967:6-7) Este certificado atestava a sua adequada preparação para o exercício das funções que seriam exigidas no âmbito da sociedade. As egressadas passavam automaticamente a formar parte do pessoal de Saúde Pública.

As três características da Escola de Nurses assinaladas por Nery no Primeiro Congresso Médico Nacional (1916) foram:

"a) É um hospital geral que brinda assistência médica e cirúrgica a mulheres e crianças, e atende, por conseguinte, às necessidades da população.

b) É uma escola de ensino essencialmente prática, com pessoal técnico formado pelo Diretor e quatro Nurses instrutoras, e uma Nurse Chefe ou Superintendente.

c) É um lar ou "home" onde residem as Nurses integrantes do pessoal docente e das vinte e três alunas". (Nery, 1917:363) (38)

---

<sup>38</sup>. O tema "A Escola de Nurses; sua organização e métodos" foi apresentado pelo Dr. Carlos Nery (seu Diretor), no Primeiro Congresso Médico Nacional em 1917, como produto de seu trabalho na criação e direção da mesma. Complementou o trabalho apresentado pelo Dr. Scoseria (Diretor

Esta Escola estava completamente separada dos outros hospitais e serviços, permitindo desta maneira, o estabelecimento de um regulamento interno baseado numa ordem, métodos e disciplina novos.

As características propostas para a Escola de Nurses não se coadunavam com os princípios tão defendidos por Nightingale para a educação de enfermagem. Um dos princípios não respeitados foi a recomendação para que as escolas fossem dirigidas por enfermeiras e não por médicos, resguardando desta maneira as escolas da interferência médica (39). Um outro, foi a necessidade de autonomia financeira (orçamento próprio), condição primordial para a autonomia pedagógica. Esta situação faz com que o Conselho Internacional de Enfermagem, em 1922, negasse a solicitação de afiliação da primeira Associação Nacional de Nurses, criada em 1921. (40)

A criação desta primeira Associação Nacional de Nurses é outro fato de grande importância no processo de profissionalização da enfermagem. Foi presidida por uma das instrutoras inglesas com a participação na Comissão Diretiva do grupo de egressadas da primeira graduação da Escola de Nurses. (Dotta et alii, 1967:7)

Nacional da Assistência Pública) sobre "A Assistência Hospitalar no Uruguai", posto que a Escola-Hospital era um dos estabelecimentos da Assistência Pública.

<sup>39</sup>. Em 1915, o Diretor da Escola de Nurses chama uma das alunas graduadas na primeira graduação, a nurse Maria Magdalena Veiga, para "colaborar" com ele na administração da Escola. Ocupa o lugar de Nurse Chefe da Escola de Nurses até 1925, quando retira-se voluntariamente. (Abraham, 1975:28-29)

<sup>40</sup>. A aceitação da "Associação de Nurses do Uruguai" (1944) como Membro Oficial do Conselho Internacional de Enfermagem (C.I.E.) aconteceu em 1957. (Dotta, et alii., 1967:18)

A Direção de Escola é assumida entre os anos 1927 e 1930, pela primeira vez, por uma enfermeira (Maria Magdalena Veiga), no momento do falecimento inesperado do Dr. Carlos Nery (1927), abrindo um caminho ainda não transitado pelas enfermeiras, nesta nova responsabilidade.

A nurse Maria Magdalena Veiga também estabeleceu e dirigiu pela primeira e única vez, um curso com as mesmas características, no interior do país (cidade de Rocha) em 1935-37.

Como boa discípula de Nery, ela considerou de suma importância o internato para despertar nas alunas a observação, reflexão e justiça assim como, também a necessidade de certas "qualidades" pessoais como: espírito de tolerância, veracidade, lealdade, sinceridade, bondade, justiça, pontualidade, exatidão e franqueza. Na prática, considerou a Nurse como colaboradora eficaz do médico e cirurgião, responsável por tornar agradável a estadia do paciente no hospital, além do cuidado atento e minucioso aos detalhes diários e constantes. (Abraham & Frigio, 1975:30-33) (41)

No Uruguai, até a década dos 40, "a enfermagem era exercida por três tipos de pessoas:

a) o pessoal empírico (principalmente de origem espanhola), que cumpria as indicações médicas e, em geral, tinha bom relacionamento com os pacientes.

---

<sup>41</sup> . Só estas duas experiências de direção da Escola de Nurses por parte de uma Nurse foram permitidas até 1950, ano no qual o médico que dirigia a mesma retira-se. A partir daí, esse cargo é desempenhado por uma Nurse. Não obstante, continua sob a direção de um médico já que a Escola se mantém como dependência da Escola de Sanidade e Serviço Social (desde 1933, Lei Orgânica de Saúde Pública Nº 9202). (Dotta et alii, 1967:8,13)

b) a religiosa, que tinha a responsabilidade do controle do abastecimento do serviço, além da atenção das necessidades religiosas do paciente, que também confortava na hora da morte.

c) a "nurse", que exercia o controle técnico da enfermagem no serviço, acompanhava o médico na visita e realizava os procedimentos mais complexos. As funções eram exercidas no campo hospitalar e de recuperação. Era formada unicamente na Escola de Nurses Dr. Carlos Nery" (Ibarburu, 1989 in: Mazza, 1989:32) (tradução do autor).

Em 1943 surge um movimento de pró-reorganização e aperfeiçoamento da Escola de Nurses. Em primeiro lugar, é nomeada pelo Ministério de Saúde uma Comissão integrada por 4 médicos e a Diretora da Escola de Nurses para estudar a organização da mesma e propor medidas que fossem consideradas necessárias para um possível aperfeiçoamento. No relatório realizado pela Comissão conclui-se que a Escola, na situação existente, é totalmente insuficiente para as necessidades do país, aconselhando a criação de uma nova escola, confiando este projeto tanto técnica quanto financeiramente a uma fonte alheia a nosso país. Esta corrente inovadora incorporava a Universidade da República, através da Faculdade de Medicina, na responsabilidade pela educação da enfermagem. (Dotta et alii, 1967:8-9)

Posteriormente um outro fato teve influência preponderante nesse movimento. Foi a assinatura de um convênio entre o Uruguai e o Instituto de Assuntos Interamericanos em novembro de 1943, a partir do qual se inicia o Serviço

Cooperativo Interamericano de Saúde Pública (SCISP), para programas de salubridade e saneamento, com um enfoque preventivo, como consequência do surgimento da Medicina Preventiva nos Estados Unidos da América, no mesmo ano. Este Serviço ofereceu assessoramento técnico norte-americano por parte de um médico e uma enfermeira, bolsas de estudo para enfermeiras para especializações em Saúde Pública e Educação em Enfermagem no estrangeiro (Canadá e E.U.A.) e um curso de Saúde Pública no Uruguai, de 6 meses de duração, a cargo de uma enfermeira norte-americana, dirigido a "nurses" e "visitadoras de higiene". (Dotta et alii., 1967:9-10)

Um outro fato que revela o fortalecimento da enfermagem como profissão ocorreu em 1944. Foi a fusão, numa só associação, a "Associação de Nurses do Uruguai", das duas existentes até esse momento (a "Associação Nacional de Nurses Dr. Carlos Nery" e a "Associação Uruguia de Nurses Florencia Nightingale") (42). (Dotta et alii, 1967:10)

O passo seguinte no processo de profissionalização da enfermagem uruguia foi a introdução desta profissão no âmbito da Universidade.

O projeto de criação da Escola através de um decreto do Conselho Central Universitário, foi aprovado em 1947.

Várias instituições participaram na organização da mesma:

---

<sup>42</sup>. A agrupação Florencia Nightingale aparece em 1938, num momento de debilitamento da Associação Nacional de Nurses. A partir desse momento persistem ambas associações, mas esta última com o nome "Associação Nacional de Nurses Dr. Carlos Nery". (Dotta et alii, 1967:8)

a) a Faculdade de Medicina, criando a Escola, dando-lhe estatuto legal, determinando relações de dependência e designando o pessoal docente.

b) o Serviço Cooperativo Interamericano de Saúde Pública, que contribuiu com o orçamento, assessoramento e bolsas de estudo para os três primeiros anos, mas que queria a integração ao currículo as disciplinas de Saúde Pública e Enfermagem Básica.

c) o Ministério de Saúde Pública, oferecendo campos para estágio nos hospitais e centros de saúde.

d) a Fundação Rockefeller, assessora e possibilita bolsas de estudo no período anterior e, posteriormente, durante 4 anos após a sua criação. (Ibarburu, 1989 in: Mazza, 1989:33)

A Escola Universitária de Enfermagem inicia suas atividades em 1950 como dependência da Faculdade de Medicina. Seria dirigida por uma nurse titulada com capacitação especial em Administração e Ensino na Enfermagem designada pelo Conselho da Faculdade, que receberia a proposta de uma Comissão Consultiva. O primeiro currículo seria elaborado por esta Comissão integrada por 3 médicos e 2 "nurses" uruguaios e um médico e uma "nurse" assessores norte-americanos. O novo currículo tinha 39 meses de duração e diferenciava-se do currículo da Escola de Nurses porque incluía cursos de enfermagem como tais e também em Saúde Pública e Administração do Serviço. Desta maneira, a Escola Universitária de Enfermagem responde à necessidade existente no país, de formação de pessoal orientado para a Prevenção como consequência da organização dos primeiros Centros de Saúde e, para

a Administração dos novos serviços do Hospital das Clínicas habilitados em 1953.

Era preocupação desta escola a formação dos recursos humanos. Isto permitiu que tivesse no final dos seis primeiros anos de funcionamento, 80 % de seus docentes com cursos de pós-graduação em Universidades dos Estados Unidos, Canadá e México. (Ibarburu, 1989 in: Mazza, 1989:35)

Também a partir de 1951 começou a oferecer cursos de curta duração para enfermeiras, preparando-as em Administração e Saúde Pública. Posteriormente, entre 1962 e 1973, com financiamento da Fundação Kellog, realiza cursos de especialização em Educação e Administração de 1 ano de duração com dedicação total ou de 2 anos, com dedicação parcial. Estes cursos estavam dirigidos a enfermeiras uruguaias das duas escolas e também de outros países de América Latina. Participaram enfermeiras da Argentina, Bolívia e Paraguai. (Sánchez, 1991:6)

Como visto, esta escola é rapidamente conhecida na América Latina. Este processo inicia-se a partir de 1956, quando recebe estudantes paraguaias para cursar Administração.

Também recebeu professoras de enfermagem de Argentina, Costa Rica, Cuba, Equador e México para realizar estágios.

Ao egressar o primeiro grupo de enfermeiras em 1953, e por iniciativa da Escola, baseada em avaliações, forma-se uma Comissão Assessora com a finalidade de revisar o currículo básico. O novo currículo, aprovado pelo Conselho Central

Universitário, enuncia (pela primeira vez na educação de enfermagem do país), conceitos que orientam o ensino e esboçam princípios básicos de organização de um currículo. (Dotta et alii., 1967:16)

A educação na Escola Universitária de Enfermagem sofre um processo de mudança com relação à Escola de Nurses, na tendência para cultivar no estudante (não só mulher, mas também homem), a capacidade de pensar por ele mesmo, desenvolvendo a sua capacidade crítica num ambiente de liberdade, baseado na aceitação de suas responsabilidades e permitindo a sua participação nas diferentes atividades da Instituição e na sua autogestão. Na Escola de Nurses, ao contrário, sempre se manteve uma marcada tendência tradicionalista ligada a um regime disciplinado em forma autocrática. (Dotta et alii, 1967:18)

Outro fato significativo para a enfermagem uruguaia aconteceu em 1953, como consequência de inúmeras tratativas realizadas pela "Asociación de Nurses del Uruguay" junto ao Ministério da Saúde Pública. É substituída a designação de "Nurse" como "Pessoal Secundário", que vigorava desde 1934, pela designação de "Pessoal Técnico Secundário". (43)

Ao final da década dos 60, acontece um fato importante para a enfermagem uruguaia. É a nova reformulação do currículo resultante de um processo de debate em

---

<sup>43</sup>. Dentro do pessoal "Técnico", o Ministério da Saúde Pública, desde 1934, incluía as pessoas que tinham Título Universitário.

nível nacional, realizado em 1967, com a participação não só de enfermeiras uruguaias, mas também de outros sete países da América Latina, além da participação de pedagogos e administradores de serviços de saúde e de enfermeiras consultoras da OPS/OMS. Este currículo, concluído em 1971, permitiria a formação do Licenciado em Enfermagem em lugar da Enfermeira. (Sánchez, 1991:5-6)

Poder-se-ia dizer que todos estes acontecimentos, a partir de 1950, contribuem para o desenvolvimento da enfermagem uruguia. Mas esta situação foi interrompida a partir da Ditadura Militar, instalada no Uruguai em 1973, que levou à intervenção da Universidade e ao fechamento dos locais de ensino.

Com o fechamento da Escola Universitária de Enfermagem, em 1974, permaneceu como única instituição formadora em enfermagem a Escola de Nurses que a partir desse momento, e devido ao poder e influência política de sua diretora a nurse Elida Frabasile, passa ao "novo" âmbito da Universidade como dependência da Faculdade de Medicina, chamando-se "Escola Universitária de Enfermagem "Dr. Carlos Nery". (44)

Esta escola incorporou entre seus docentes um escasso número de professores da escola fechada e que, apesar de não terem sido destituídos, pouco tempo depois não viram prorrogado o seu mandato. Simultaneamente, foi suspensa a preparação de pós-graduação que estava-se desenvolvendo desde a década dos 50. Um único curso de especialização em Obstetrícia foi realizado para enfermeiras-parteias neste período.

---

<sup>44</sup>. O discurso oficial explicava esta situação como uma "fusão" das duas escolas permanecendo para ambas a filosofia, a política, o local, o currículo e a direção interventora da Escola de Nurses.

Além de incorporar parte do nome da escola fechada e alguns de seus professores, a "nova" Escola incorpora também, parte de sua biblioteca, composta pelos materiais e livros permitidos. (45)

Durante este período de franco retrocesso para a enfermagem, existiu um grupo de enfermeiras (professoras destituídas), que realizaram algumas experiências educativas em 1983, para enfermeiras de instituições assistenciais de Montevideu e interior do país. A finalidade dos cursos foi tentar preencher as carências que a nova escola tinha em nível de formação.

No processo de transição à democracia, este grupo convoca em 1984 todos os professores destituídos da Escola Universitária de Enfermagem para trabalhar pela sua reabertura, ao que somam-se mais tarde egressados e estudantes. Este trabalho consistiu em propor ao Conselho Transitório da Faculdade de Medicina a reabertura da Escola. Este Conselho, em fevereiro de 1985, compromete-se a buscar os recursos para levá-lo a efeito.

Em 1985, instaladas as autoridades democráticas na Faculdade de Medicina, reiniciam-se as atividades da Escola Universitária de Enfermagem, que permanece

---

<sup>45</sup>. O acervo bibliográfico da nova escola de enfermagem, por consequência da intervenção militar, ficou reduzido pela queima, extravio ou confisco do mesmo, por ser considerado, pela Diretora Interventora, desnecessário (e perigoso) para a formação das enfermeiras uruguaias.

como única escola até nossos dias (46). Podemos considerar que a partir desse momento são concentrados todos os esforços para que a enfermagem uruguaia comece a transitar novamente num caminho de progresso.

A primeira graduação de Licenciadas em Enfermagem ocorreu em 1989, e foi produto da implementação do currículo de 1971 a partir da reabertura da Escola. Além deste curso, a Escola ofereceu em 1989 e 1990 um Complemento para Enfermeiras, de 6 meses de duração em Montevideu e em duas cidades do Interior para obter o título de Licenciadas em Enfermagem.

Neste momento, também, a Escola está concluindo um programa de profissionalização para auxiliares de enfermagem em nível de Licenciatura, com uma duração de 2 anos e um semestre. Os requisitos exigidos foram bacharel completo, ter mais de três anos de experiência e encontrar-se em atividade. (Sánchez, 1991:10)

Não obstante os esforços realizados, muitas dificuldades de origem locativa, orçamentária e pela dependência da Faculdade de Medicina, permeiam esta prática. Esta situação leva a priorizar os cursos de pré-graduação; portanto, ainda hoje, não existem cursos de pós-graduação em enfermagem. Os mesmos encontram-se em fase de planejamento.

---

<sup>46</sup>. No Convênio entre a Faculdade de Medicina e o Ministério de Saúde Pública, assinado em junho de 1985, e ratificado pelo Presidente da República em julho do mesmo ano, determina-se também o encerramento das funções da Escola Universitária de Enfermagem Dr. Carlos Nery. (Sánchez, 1991:9)

#### 4. A atual organização do trabalho de enfermagem.

O Setor Saúde no Uruguai está integrado por um importante número de estabelecimentos públicos e privados (213 em 1972). Segundo Margolis e Piazza, este número ainda se mantém apesar de ter acontecido fusões e aparecimento de novas instituições. (1989:73)

Estas instituições correspondem a dois subsetores: o subsetor público e o subsetor privado.

O subsetor público está integrado pelo "Ministerio de Salud Pública" e pelos serviços sanitários do "Ministerio de Educación y Cultura", "Ministerio de Defensa Nacional", "Ministerio del Interior", "Dirección Nacional de la Seguridad Social" e dos "Entes Autónomos y Servicios Descentralizados". Em 1982 o subsetor público atendia a 49,6% da população. A sua clientela está composta pela faixa de população de baixa renda, pessoal policial e militar e suas respectivas famílias, além dos funcionários públicos dos "Entes Autónomos y Servicios Descentralizados".

O "Ministerio de Salud Pública" é o organismo legalmente responsável pela saúde da população. Oferece serviços diretos à população em todo o país. Além disto tem uma função normativa, legisla e controla as atividades do setor privado e registra e habilita para o exercício profissional os diferentes técnicos, médicos, odontólogos etc.

O subsetor privado está integrado por: "Instituciones de Asistencia Médica Colectiva" (IAMC) (de Montevideu e interior do país), "Seguros parciales", "Institutos

de Medicina Altamente Especializada", "Servicios Privados de Beneficiencia y Ayuda Voluntaria", "Sanatorios Privados", "Servicios de Salud Populares Privados" e escasso exercício livre da profissão (médicos, odontólogos, parteiras, homeopatas, etc.).

As IAMC atendem 41% da população e todas as outras instituições privadas, 9,4%. (Margolis e Piazza, 1989:quadro 17)

Sua clientela está composta pela classe média com capacidade de poupança, classe alta, trabalhadores privados e públicos através de convênios com a seguridade social, aportes voluntários ou aportes familiares.

Existem poucos estudos da organização da prática de enfermagem nos dias atuais. O único e último trabalho que analisa a situação de trabalho da enfermagem a nível nacional projetado pela "Asociación de Nurses del Uruguay" (ANU) e efetivado com a colaboração da "Escuela Universitaria de Enfermería", corresponde ao ano 1967. Em 1986 foi realizada, na mesma escola de enfermagem, uma pesquisa similar somente para as instituições assistenciais de Montevideu cujas conclusões foram publicadas em 1990. Ultimamente foi elaborado na A.N.U. um projeto de pesquisa que permitiria atualizar a informação referente a atual situação de labor da enfermagem em todo o país, mas, por falta de financiamento, não tem sido possível concretizá-lo.

Basearemos a informação a ser colocada nos estudos anteriormente mencionados.

Como vimos no capítulo anterior, a partir de 1989 a prática assistencial de enfermagem vem sendo exercida por:

a) Auxiliar de Enfermagem. Este trabalhador capacitado na área preventivo-

assistencial é formado em diversas instituições tanto públicas como privadas, com uma duração total do curso de um mínimo de 1230 horas de aulas teóricas e práticas (12 meses). A "Escuela de Sanidad Dr. José Scosería" a partir do 13/10/81 é "a unidade responsável pela execução, supervisão e avaliação do curso no âmbito do "Ministerio de Salud Pública", assim como da supervisão e avaliação dos cursos que se realizam em outras instituições estatais, paraestatais ou privadas habilitadas" (M.S.P., decreto No.444/985). Os aspirantes devem ter completado o ensino de Primeiro Grau (no Uruguai corresponde a seis anos de escola primária e a três anos de ensino secundário).

b) **Enfermeira.** Até 1985 egressadas do curso oferecido pela "Escuela Universitaria de Enfermería" e pela "Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery". Posteriormente e até 1989 somente egressadas da primeira das escolas mencionadas. A duração total do curso era de quatro anos. Foi requisito para as aspirantes, ter o Segundo Grau completo (no Uruguai corresponde a seis anos a mais do ensino primário).

c) **Licenciada em Enfermagem.** A primeira graduação corresponde ao ano de 1989. Este profissional vem sendo formado desde 1985 na "Escuela Universitaria de Enfermería" através do currículo básico de 4 anos e um trimestre, aprovado em 1971.

Através de normas internas da mesma escola, foram aprovadas outras duas formas de outorgar este título às enfermeiras interessadas:

- pela sua Atuação Documentária
- pela Competência Notória.

É importante destacar que as várias instituições formadoras de pessoal auxiliar, tanto públicas como privadas, não trabalham coordenadamente com o organismo universitário formador de enfermeiras profissionais.

O número total estimado de profissionais de enfermagem é de aproximadamente 19.800. Deste, 18.000 seriam auxiliares de enfermagem e 1.800 enfermeiras universitárias (incluídas também as licenciadas).

Segundo pesquisa realizada em 1967, mais de 80% dos profissionais de enfermagem que trabalham estão concentrados em Montevideu e algumas cidades mais desenvolvidas em relação ao resto do país (Salto, Paysandú, Maldonado). É baixo a porcentagem de enfermeiras universitárias (19%) em relação às auxiliares de enfermagem (81%) (Parentini e Verde, 1990:14). Os dados apontados correspondem somente às instituições assistenciais de Montevideu, mas acredita-se que reflete a situação do resto do país. Se comparamos esse dado com a relação que estabelece a Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS) entre enfermeiras 25% e auxiliares 75%, vemos que o número sugerido de enfermeiras necessárias para o atendimento é inferior ao prescrito. (Parentini e Verde, 1990:12)

Em nível nacional é reconhecido por Margolis e Piazza a existência de um baixo índice de enfermeiras por médico e um baixíssimo índice de enfermeiras universitárias graduadas com relação à auxiliar de enfermagem. (Margolis e Piazza, 1989:52)

Por outro lado, também a maioria dos profissionais de enfermagem trabalha em instituições privadas, as quais permitem melhores condições salariais e de trabalho.

Esta concentração se acentua nos níveis de atenção secundário (hospitalização) e terciária (centros altamente especializados). (Escuela Universitaria de Enfermería, 1989:2)

Na pesquisa realizada por Parentini e Verde aponta-se para a deterioração "do setor público, no qual tem decrescido a dotação de pessoal, aumentando no setor privado, dando assim atenção a grupos mais privilegiados" de população. Ao mesmo tempo, é reconhecido o duplo emprego na enfermagem, principalmente em profissionais que trabalham nas instituições públicas devido, possivelmente, aos salários inferiores e à grande mobilidade interinstitucional. (Escuela Universitaria de Enfermería, 1989:3; Parentini e Verde, 1990:52)

Em geral o regime de trabalho imperante caracteriza-se por 36 horas semanais com turnos de 6 horas de trabalho cada um (podendo ter o turno da noite de até 8 horas). Os turnos e as áreas de trabalho são rotativas incidindo desfavoravelmente na qualidade da atenção ao paciente. A rotatividade gera, segundo relatório sobre a situação de enfermagem elaborado pela "Escuela Universitaria de Enfermería", perturbações dos ritmos psico-biológicos e social e redução da motivação para melhorar sua qualidade profissional. (1989:4)

Ainda hoje não estão definidas, nem portanto diferenciadas pela Lei, as funções relativas para cada categoria. O projeto de Lei de Enfermagem, que regulamentaria o ensino e a prática de enfermagem no Uruguai, tem sido elaborado pelo "Comité Nacional de Legislación de Enfermería" (CONADELE), integrado com representantes

do: "Ministerio de Salud Pública" a nível central, "Escuela Universitaria de Enfermería", "Escuela de Sanidad", instituições assistenciais públicas e privadas de Montevideu e interior do país, associações gremiais de Saúde Pública e privadas, a "asociación de Nurses del Uruguay" e a "Asociación de Enfermeiros del Uruguay" (associação de auxiliares de enfermagem). Este projeto, no seu artigo 2, propõe que a enfermagem uruguaia seja exercida pelos Licenciados em Enfermagem e pelos Assistentes Técnicos de Enfermagem. São Licenciados em Enfermagem os enfermeiros generalistas egressados de instituições de ensino superior universitário, com formação em Ciências Sociais, Psico-Biológicas e de Enfermagem. São Assistentes Técnicos em Enfermagem os que tenham cumprido cursos, aprovados em exames ou obtido o certificado habilitante nas instituições públicas responsáveis de sua formação" (Projeto de Lei Nacional de Enfermagem, 1990). Por último são definidas as competências exclusivas para cada categoria. Atualmente, o projeto encontra-se no Senado da República para sua aprovação.

Na pesquisa realizada, as instituições estudadas foram o "Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela" e a "Coopertiva de Asistencia Médica del Uruguay" (CASMU).

O "Hospital de Clínicas" é o centro docente-assitencial médico mais complexo do país. Depende institucionalmente da "Facultad de Medicina" da "Universidad Mayor de la República". Assiste pacientes médicos, cirúrgicos e de especialidades através de consulta interna e externa. Não conta com internação em traumatologia nem psiquiatria e possui só alguns leitos para as patologias especiais de pediatria, obstetrícia e

ginecologia. Assiste pacientes de todo o país. Sua clientela, como vimos, é a população de baixos salários (ou recursos) que deve obter um carnê especial de assistência expedido pelo "Ministerio de Salud Pública". Em 1982, 42% de seus pacientes procediam do interior do país. No momento é o hospital público com maior número de leitos, 755, além de 20 berços.

A Divisão de Enfermagem se vincula hierarquicamente à Direção Técnica médica e está integrada pelos seguintes profissionais:

Enfermeira-chefe da Divisão de Enfermagem

Diretoras dos Departamentos de Pessoal, Educação e Atenção de Enfermagem.

Supervisoras dos serviços (por áreas de especialização):

-Medicina,

-Cirurgia (inclui: Neurocirurgia, Neurologia e Neuropediatria),

-Centro Cirúrgico (inclui Centro Cirúrgico, Recuperação

Pós-anestésica e Centro de Materiais).

-Departamento de Emergência.

-Ginecologia (inclui: Ginecologia, Maternidade, Neonatologia e

Consulta Externa).

Enfermeiras-chefe de setor (andar)

Enfermeiras ou Licenciadas (salas ou andares)

Auxiliares de Enfermagem (Go. 13, 12, 11)

A não definição das funções para as categorias de enfermagem em nível

nacional tem levado as instituições a definir internamente as atividades e responsabilidades que correspondem a cada posto de trabalho.

A outra instituição estudada CASMU, foi criada e dirigida pela gremial médica "Sindicato Médico del Uruguay" em 1935. Esta é a instituição de assistência médica coletiva maior em relação ao número de afiliados e de empregos na saúde. Oferece atenção médica através de um sistema de seguro com pré-pagamento voluntário optativo (individual, familiar ou coletivo), ou de seguros parciais por indústrias ou empresas (convênios). (Margolis e Piazza, 1989:113-115)

Proporciona atenção preponderantemente curativa, atenção ambulatorial de medicina geral e de diferentes especialidades médicas e cirúrgicas em consulta externa e no domicílio do paciente.(Margolis e Piazza, 1989:116-117). Realiza atendimento de urgência em consultórios e no domicílio e internação hospitalar em quatro sanatórios, com um total de 358 leitos e 50 berços. Também contrata serviços de internação em hospitais privados com um total de 210 leitos a mais (enfermeira-chefe do departamento).

O Departamento de Enfermagem depende hierarquicamente da Direção Técnica Médica. A nível central tem duas categorias que além de responsabilizar-se pela administração dos serviços de enfermagem de cada sanatório também se responsabilizam pelos programas de educação em serviços e pesquisa. Elas são:

- Enfermeira-chefe do departamento e,
- Enfermeira Assistente do departamento.

Os demais níveis que compõem o coletivo de enfermagem encontram-se nos

Departamentos de Enfermagem de cada sanatório, como vemos a seguir.

O Sanatório No. 2 é a unidade maior do CASMU. Possui 142 leitos. Atende pacientes nas seguintes especialidades:

- Médico-Cirúrgica
- Unidade de Tratamento Intensivo
- Cirurgia
- Traumatologia
- Neurologia
- Cirurgia Reparadora.

Neste sanatório o Departamento de enfermagem depende hierarquicamente dos níveis de enfermagem anteriormente mencionados e que trabalham a nível central.

Esta integrado por:

- Enfermeira-chefe de sanatório
- Supervisoras de áreas (as anteriormente mencionadas) e de turnos.
- Enfermeiras de unidades
- Auxiliares de enfermagem (Categorias 1a., 2a., e 3a.) e Ecônomos (em UTI)

As descrições de cargo para estes profissionais aparecem em anexo.

O serviço selecionado no "Hospital de Clínicas", tem duas especialidades distribuídas em um andar com 5 salas de internação.

O coletivo de trabalho de enfermagem esta integrado por:

- 1 supervisora

1 enfermeira-chefe do andar.

Enfermeiras ( 2 no turno da manhã, 1 para os turnos da tarde, vespertino e noite).

Auxiliar de Enfermagem (1 por sala e por turno).

A escassez de pessoal faz com que a chefe do setor e várias enfermeiras e auxiliares trabalhem horas extras para poder cobrir outros turnos onde está faltando pessoal.

Para ilustrar, será descrita a rotina de trabalho de uma enfermeira no serviço. "Tomar la guardia de todo el piso, ver los pacientes mas delicados y pasar la lista de personal de la División. Saber que personal de enfermería está y de acuerdo a esta lista yo hago la distribución del personal. Después pasar visita con el médico, sacar las indicaciones y hacer el pedido diario de medicación, hacer las novedades y pasarlas a la guardia siguiente" (Enfermeira)

A distribuição do trabalho não é possível ser realizada por pacientes (cada profissional cuidando integralmente de determinado número de pacientes) pela escassez de pessoal (devido aos baixos salários e más condições de trabalho). Cada auxiliar deve cuidar do atendimento de todos os pacientes de cada sala. Existe, por sua vez, outro tipo de pessoal de menor qualificação para tarefas especiais e reduzidas como preparar pacientes no pré-operatório e para o controle de materiais, principalmente para curativos.

O serviço selecionado no CASMU foi a Unidade de Tratamento Intensivo que possui 12 leitos.

O coletivo de trabalho de enfermagem está integrado por:

1 supervisora de área (horário intermediário entre o turno da manhã e da tarde)

2 Enfermeiras por turno

1 Auxiliar para cada 1,6 paciente (algumas têm dois pacientes com menos quantidade de cuidados e outras ficam com um paciente muito mais complexo).

1 Ecônomo (centraliza e distribui materiais e equipes para todos os turnos)

#### A rotina de trabalho da enfermeira na UTI.

"A las doce, que es la visita médica y tu estás en pleno pase de guardia, es un caos, que fue muy en desmedro de nuestras interrelaciones (...). No vas a tener a la nurse pasándole la guardia a la otra. La nurse (...) llega, toma su guardia con recorrida (cosa que rar vez se puede hacer, porque siempre anda a las corridas), además de atender al médico en la visita y de tener en cuenta a su compañera que se tiene que ir y que se puede quedar sin novedades" (supervisora).

A distribuição do trabalho se faz, como visto, por pacientes. Além desta forma, também se distribuem tarefas mais pesadas para quem tem só um paciente. Por exemplo, a troca de material no centro de materiais.

Somente se tem distribuído o trabalho por tarefas exclusivamente quando falta muito pessoal no serviço.

Existem para ambas as instituições, normas éticas e administrativas específicas para cada especialidade, nos manuais de procedimentos para cada especialidade. Nestes se especificam o procedimento passo a passo, o material necessário para sua realização, sua fundamentação científica (princípios científicos aplicados ao procedimento).

As normas administrativas explicam os trâmites e procedimentos administrativos a serem realizados pelo pessoal de enfermagem na instituição, em cada serviço ou setor especializado.

Em geral o regime de trabalho estabelece diferentes descansos variando nas instituições segundo as categorias. Os profissionais de níveis hierárquicos superiores até a chefe de setor ou andar têm um regime de 6 dias de trabalho e 1 livre (no domingo). O resto do pessoal tem um regime de trabalho rotativo, 5 dias de trabalho e 1 livre.

A promoção de uma categoria para outra é outorgada para as auxiliares pela realização de cursos ou pela antiguidade no trabalho. Para as enfermeiras e para níveis hierárquicos superiores é pelo concurso de provas e títulos.

Na realidade existe a promoção de categoria, porém, não significa uma diferença importante no salário, não estimulando os profissionais neste sentido.

#### IV. AS REPRESENTAÇÕES DA PRÁTICA COTIDIANA DE ENFERMAGEM NO URUGUAI.

A posição que ocupa a enfermagem na sociedade e no sistema sanitário é o resultado de práticas sociais desenvolvidas, no decorrer de sua história, marcadas por elementos ideológicos. Estes, constituem um conjunto de crenças e valores que contribuem para que este grupo profissional desempenhe na sociedade um determinado papel. Como afirma Chauí, "através da ideologia, são montados um imaginário e uma lógica da identificação social com a função precisa de escamotear o conflito, dissimular a dominação e ocultar a presença do particular, enquanto particular, dando-lhe a aparência do universal" (Chauí, 1989:21). Podemos dizer que a ideologia pertence ao registro do imaginário enquanto um "conjunto coerente e sistemático de imagens ou representações tidas como capazes de explicar e justificar a realidade concreta" (Chauí, 1989:19).

Os elementos ideológicos estão presentes na organização da vida cotidiana e esta, por sua vez, está "no centro do acontecer histórico: é a verdadeira "essência" da substância social" (Heller, 1985:20). A vida cotidiana é definida por Heller como "a vida de todo homem (...) é a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na

vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se "em funcionamento" todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias" (Heller, 1985:17).

Na enfermagem, um conjunto de crenças e valores são criados desde o início da profissão tanto fora dela, quanto desde seu interior para justificar seu papel e, desta maneira, evitar conflitos na hierarquia com as outras profissões da saúde.

No interior da profissão é produzido um sistema comum de crenças e valores sob forma de imagens ou representações da enfermagem que serão propostas ao conjunto dos membros para que eles se conformem a elas. Desta forma, serão definidos critérios, qualidades ou atributos e responsabilidades necessárias para o bom desempenho do trabalho. Estes elementos são não só a expressão de algum período determinado da enfermagem, mas, também, de toda sua tradição histórica, além de suas etapas mais recentes.

Fora dela, na sociedade em geral e, principalmente, a partir das relações de trabalho com outros profissionais da saúde, também são criadas imagens ou representações de enfermagem que serão transmitidas ao longo do tempo.

No interior da própria enfermagem as representações (47) desempenham no

---

<sup>47</sup> . Para Moscovici pode ser representado algo, unicamente depois de ter adotado uma posição e em função da posição tomada. A representação é uma produção coletiva "que reforça o papel que desempenha a situação histórica e econômica, as motivações sociais e individuais na construção do seu conteúdo" (Moscovici, 1978 citado por Ferragut, 1990:17).

dizer de Enriquez: "o papel de couraça externa que permite a coerência das condutas coletivas. Elas vão ter como função secundária coagir os indivíduos a se comportarem de maneira uniforme e sem surpresa, a terem um comportamento que não dê lugar a nenhuma interrogação, vinda dos outros ou de si mesmos. Os membros (...) acham-se assim não apenas presos às estruturas, mas ainda presos na armadilha de sua própria conduta. Cada um deve mostrar que sabe o que diz, o que faz e deve perseverar em suas ações. Ele não deve perder a posse, deve dar prova da manutenção dos seus pensamentos" (Enriquez, s/d:14).

A enfermagem, da mesma forma que outras profissões, elabora uma ideologia própria que serve para dar-lhe identidade profissional e legitimação social, além de reforçar a sua inserção na estrutura social e ocultar a realidade.

Neste capítulo serão analisadas as representações a respeito da prática profissional desenvolvida cotidianamente pelas enfermeiras, auxiliares de enfermagem e médicos dos hospitais de Montevideu (Uruguai), assim como os componentes ideológicos que dentro da enfermagem contribuem na construção da identidade profissional.

Também serão analisadas as representações a respeito da autonomia, qualificação e resistência presentes nas práticas cotidianas de enfermagem.

## 1. A Identidade Profissional da Enfermagem uruguaia a partir das representações.

Neste capítulo, serão identificados nas entrevistas quais são os elementos ideológicos que neste momento contribuem para dar identidade (48) à enfermagem como grupo profissional.

A primeira noção de peso e tradição histórica na enfermagem identificada nas entrevistas, é a vocação. "A vocação é um dos componentes fundamentais do espírito do moderno capitalismo, e não apenas deste, mas de toda a cultura moderna: a conduta racional baseada na idéia de vocação, nasceu [segundo demonstra Weber] do espírito da ascese cristã" (Weber, 1980:232). A noção de vocação tem uma grande importância com o surgimento da enfermagem moderna em fins do século XIX.

Como vimos anteriormente, com Florence Nightingale começa a organizar-se uma ideologia em torno da prática de enfermagem, como sendo uma vocação, um chamado, um trabalho que requer auto-sacrifício. Segundo Weber, o "sacrifício intelectual" em favor de uma dedicação religiosa é a característica decisiva do homem religioso" (Weber, 1980:182-83)

---

<sup>48</sup> . A identidade na enfermagem deve ser entendida como o conjunto de caracteres próprios e exclusivos a esta prática que permitem a seus profissionais reconhecer-se pertencentes a ela.

A realização de certos cuidados do corpo, os mais íntimos, que nas diversas circunstâncias não podem ser realizados pelo próprio cliente ou doente, podem produzir repugnância, um grande esforço ou serem difíceis para quem os realiza. Nestas ocasiões só podem ser realizados pela existência da vocação. Considera-se que na falta de um elevado espírito vocacional é impossível desempenhar corretamente esta profissão. ( Domínguez-Alcón, 1986:153 ) (tradução do autor).

Lembremos que este aspecto também foi considerado no Uruguai, pelo Dr. Carlos Nery, no início da profissionalização da enfermagem uruguaia em começos do século XX. Ele dizia que "a mulher enfermeira deveria afrontar as maiores violências contra seus sentimentos, ou mesmo contra sua vida, portanto, só a viúva e a mulher solteira encontram nesta vocação uma vida cheia de interesse e atrativos" (Nery, 1917:368) (tradução do autor). No parecer de Carlos Nery, a mulher casada ou que possui filhos não é a melhor candidata para ingressar na carreira de enfermagem, já que essas atividades poderiam desviar a sua vocação.

O conceito de vocação engloba "o conjunto de aptidões, qualidades e disposições necessárias para desempenhar corretamente uma tarefa que, unido aos conhecimentos adquiridos pela pessoa, a coloca em condições de desenvolver plenamente sua personalidade e suas inclinações" (Domínguez-Alcón, 1986:153) (tradução do autor).

O processo de socialização vivenciado pelos profissionais de enfermagem

possibilita que a questão vocacional seja assim representada nos depoimentos:

"Sentí que tenía una inclinación hacia la atención de los pacientes". (enfermeira)

A vocação foi identificada por uma entrevistada, quando era pequena. "Desde chiquita quería ser enfermera. Me gusta. Es lo único que se hacer y que quiero muchísimo. Es mi profesión". (auxiliar de enfermagem)

Transparece nestes trechos uma concepção de vocação como uma aptidão natural, identificada pelas entrevistadas como uma inclinação pessoal ou uma força interior para a realização desta prática.

Mas também, "un aspecto importante que juega en ésto, es el hecho de que uno haga enfermería porque siente que la enfermería está incorporada como parte de su vida"(enfermeira). A vocação seria identificada também como uma condição necessária para o exercício desta profissão.

A vocação na enfermagem é importante porque permite "si uno tiene mucho amor y gusto por el trabajo que hace, salirse de los parámetros asignados". (auxiliar de enfermagem)

A vocação justifica, para esta pessoa, até um comportamento que exceda o "permitido". Desta maneira, não seria respeitada a hierarquia das aptidões que o serviço de enfermagem requer, nem as desigualdades que aquela implica.

A vocação também oculta os conflitos gerados na própria forma de organização da medicina e da enfermagem atual, como vemos no próximo depoimento: "porque

quiero fundamentalmente mi trabajo, quiero a la institución, quiero a los enfermos y pienso que uno se debe a ellos, se debe a ellos". (auxiliar de enfermagem)

Nesta fala, a idéia de altruísmo vem complementar a noção de vocação. Como vemos, o interesse alheio é colocado acima do próprio: "porque está la gente que va (a trabajar) por el sueldo, (...) cumple con su horario y con lo estricto y nada más. Y está la otra parte, que no vive fundamentalmente de su sueldo y que lo hace por amor", fazendo referência a sua situação. (auxiliar de enfermagem)

A idéia de altruísmo na enfermagem, segundo Domínguez-Alcón, persiste através do tempo, e está baseada na idéia de que "é um grave erro considerar o cuidado dos doentes como uma profissão a mais, que permite obter a independência econômica. Quem tenha esse espírito, jamais poderá ser uma boa enfermeira, e as consequências seriam sofridas pelos doentes que não estariam assistidos pelo espírito de abnegação que se precisa (...). Admite-se que não pode excluir-se a justa intenção de ganhar à vida, mais isto deve ser, insistimos, um motivo secundário na escolha vocacional" (Domínguez-Alcón, 1986:155-156) (tradução do autor).

Outro elemento que contribui na construção da imagem da enfermeira desde a sua origem, de uma forma quase geral e constante até na atualidade, é a condição feminina. Este elemento já foi identificado nos capítulos anteriores, no decorrer do processo de profissionalização iniciado por Florence Nightingale na Inglaterra e, no

caso específico de Uruguai, pelo Dr. Carlos Nery.

Lembremos as qualidades tanto da "boa Nurse" quanto da "boa mulher" que no ano de 1916 assinalou Carlos Nery, na sua exposição no Primeiro Congresso Médico Nacional, realizado em Montevideu. Inclui atributos fundamentais como a honestidade, a paciência, a perseverança, a pontualidade, os princípios morais e o senso comum, e atributos especiais como a simpatia, o altruísmo, o tato, a observação, o juízo, a discrição e as boas maneiras. (Nery, 1917:366)

Assim, os atributos fundamentais foram considerados inerentes à natureza humana da "boa mulher", não passíveis de serem desenvolvidos no trabalho e no treinamento (Nery, 1917:366). Existem determinados atributos ou aptidões naturais que são considerados necessários para o trabalho feminino. Na realidade, a aptidão vista como desigualdade natural e/ou hereditária faz parte do sistema de interpretação da sociedade da época. A aptidão é socialmente construída através de uma ideologia justificatória das desigualdades sociais. (Bisseret, 1974 in: Durand, 1979:31)

Vejamos agora quais atributos da enfermeira-mulher estão presentes nas representações atuais da enfermeira.

Os atributos positivos de uma supervisora do setor são identificados "como una mujer muy trabajadora, muy conciente, humana, que sabe mucho y se preocupa mucho" (auxiliar de enfermagem). Não só o conhecimento e a dedicação ao trabalho são valorados na imagem da enfermeira-mulher, mas também a compreensão.

Esta seria uma característica que permitiria à enfermeira "relacionarse con el paciente, con el familiar, con todo, con el médico e incluso con la persona que limpia" (enfermeira).

Mas, são as argumentações dos médicos que contêm a representação que estes transmitem às enfermeiras esquematizando a figura desta como os médicos desejam que seja uma "boa enfermeira". Eles querem que a enfermeira internalize esta imagem: "Una enfermera que es amable, que trata bien a los pacientes, que se preocupa por ellos, uno se da cuenta que el paciente es otra persona en el Hospital. No le preocupa irse enseguida. Yo pienso que es fundamental la enfermería en este aspecto" (médico).

Para o médico, a equipe de enfermeiras pode ser excepcional "no sólo por su nivel, sino por el cariño hacia el paciente" (médico).

Além disso, é colocada a necessidade das enfermeiras serem "companheiras" dos médicos e terem sensibilidade frente a dor. Na representação médica, as enfermeiras "perdieron la sensibilidad. (...) Un tipo que sufre es una cosa que está ahí tirada" (médico).

No entanto, as condições de trabalho são apontadas como um dos elementos significativos para tanto: "en la realidad, el personal que trabaja en tres lugares es imposible que esté trabajando con buen humor, con ganas de trabajar y rendir" (médico).

Na fala médica é possível identificar outras características que vão construir o

perfil da enfermeira-mulher: o cuidado carinhoso, bondoso e doce que "intenta afianzar o estereotipo feminino no importante campo da atenção à saúde" (Martínez, et alii, 1985:163) (tradução do autor). Mas também, "a enfermeira tem, desde o ponto de vista moral, uma obrigação humanitária que impõe-lhe, portanto, a necessidade de atender carinhosamente aos doentes seja qual for a sua condição e classe" (Domínguez-Alcón, 1986:157) (tradução do autor). Este elemento ideológico que marca o conceito de "serviço universal" "oculta a real seleção da clientela e o serviço de classe que presta" (Martínez, et alii., 1985:41) (tradução do autor).

Ligado a idéia de "serviço universal", transparece o aspecto humanístico da enfermagem definida enquanto prática profissional como sendo voltada para: "estar y atender al paciente, tratar de ayudarlo (...), darle un apoyo, más que nada eso" (auxiliar de enfermagem).

A "ajuda" aos outros seres humanos, se constituiria nas representações das enfermeiras, num atributo positivo da Enfermeira Padrão. Desta maneira, o aspecto humanístico na enfermagem é muito importante socialmente. "Yo creo que es muy importante. Es una profesión que tiene primero, una proyección hacia la comunidad, que yo creo, como muy pocas.(...) El aspecto social de la profesión, el aspecto humanístico lo desarrolla en la comunidad (...). La enfermera aborda todo un abanico de necesidades de la población, que yo creo, hay muy pocas profesiones que cubren un espectro tan amplio" (enfermeira-chefe de sanatório).

Para Martínez et alii., "todas as profissões encontram sua legitimidade social, em nível ideológico, no serviço que oferecem à sociedade. Na enfermagem este serviço é afirmado como imediato ao doente indivíduo, ou como serviço global à sociedade". Os serviços de enfermagem são prestados como universais, orientados de igual forma a todas as classes sociais mas, na realidade, oculta-se a real seleção da clientela e o serviço de classe que se presta. (Martínez et alii., 1985: 41, 166) (tradução do autor)

A condição feminina da enfermagem encontra-se ligada, nas entrevistas realizadas, à idéia do cuidado de enfermagem como cuidado maternal, e este, por sua vez, a ser considerado como "uma qualificação natural das mulheres para os trabalhos domésticos e a criação dos filhos" (Kergoat, in: Kartchevsky... et al. 1986:87). Este sistema de valores está marcado por uma ideologia naturalista (ideologia do dom, crença em uma ordem natural das coisas) que abre perspectiva a todas as resignações sociais (...) e à reprodução de todas as opressões (sexismo, racismo, etc.)" (Kergoat, in: Kartchevsky, 1986:88)

Uma enfermeira diz que a enfermagem é muito importante "para la mujer y para el hombre (...) porque no la aleja tanto del hogar y le da, una cantidad de armas para manejarse, porque ese trato con el ser humano, ese manejo de conductas humanas, ese comprender al otro, todo ese aspecto humanístico que tiene, le permite desempeñar su rol en la familia mucho mejor, mucho mejor" (enfermeira-chefe de sanatório). Apesar

de não ser excluído o homem neste depoimento, refere-se principalmente à enfermeira-mulher, já que, nesta sociedade, o desempenho do trabalho doméstico é reservado para a mulher e assumido principalmente por esta. Na identidade de mãe e profissional há sempre uma tentativa de integração dos dois mundos [o público e o privado] que "aparecem" cindidos, e de dois papéis sociais diferentes" (Massi, 1992:55).

Outra enfermeira fala que "las enfermeras en general son mujeres acostumbradas a hacer cosas, no a defender espacios" (supervisora de área). A designação prioritária das mulheres para a reprodução sempre foi acompanhada de sua exclusão do campo sócio-político" (Combes & Haicault, in: Kartchevsky...et al., 1986:26). A "defesa dos espaços" não corresponde a uma atividade feminina da esfera doméstica, mas, a atividades que se desenvolvem na esfera pública, tradicionalmente reservadas para os homens. Tais demarcações do que é feminino e masculino, vão se construindo e se interiorizando culturalmente através da socialização. (Massi, 1992:55)

Também é identificado por esta enfermeira, o duplo conflito no qual encontra-se inserida a enfermeira-mulher: "como mujeres nos vemos enfrentadas a un doble conflicto, por el hecho de ser mujeres somos sometidas en la sociedad, y por otro lado, por ser enfermeras, ya que es una profesión que no se valoriza desde el punto de vista social" (supervisora de área). Este depoimento reflete a vivência de uma dupla dominação na enfermeira-mulher, tanto de médico para enfermeira no trabalho, quanto de homem para mulher na sociedade e que faz com que esta profissão seja ainda mais

subordinada que outras profissões femininas

Contraditoriamente com a imagem conformada a partir dos trechos de entrevistas até agora analisados, a enfermagem não é valorizada socialmente. Na opinião de algumas enfermeiras entrevistadas, a desvalorização da enfermagem deve-se às próprias enfermeiras. Para uma, à enfermagem "no se le da la importancia que realmente tiene. Creo que eso ha sido un problema un poco nuestro", devido justamente ao "fazer coisas".

A divisão do público e do privado também acarreta outras divisões e valorações tanto para uma esfera como para a outra. (Massi, 1992:56) As enfermeiras profissionais no Uruguai "no estamos en el lugar que tendríamos que estar, si nosotros no hubiéramos dejado, no hubiéramos permitido,(...). Creo que nosotras nos hemos dedicado a la parte asistencial exclusivamente, en un porcentaje muy importante. Casi que diría que lo que hemos hecho, un 90% es asistencia, porque nos parecía que el hacer, era lo mas importante. Y ahora después de tantos años, me doy cuenta de que ese lugar no era lo importante(...) y, cuanto tuvo de influencia la base del curso que hicimos nosotras, (...) que nos daba sobre todo ese aspecto" (supervisora). Como vemos neste depoimento, a formação profissional através da Escola de Enfermagem tem um papel significativo na reprodução desta imagem da enfermeira dedicada ao "fazer" na sociedade. Retomaremos este ponto.

Para outra enfermeira "a nivel de la sociedad, siguen viéndote en un plano un poco inferior. No es una profesión que sea bien vista un 100%. (...) Acá, (en Montevideo) estamos todas tan encerradas corriendo de un sanatorio al otro, que te olvidás de lo que sale de la frontera del Sanatorio. Parecería que saliendo del área asistencial, el título ya no lo tenés más, lo perdés. Cuesta entrar de pronto en el colegio de los chiquilines. No actuás como recurso, ¿entendés?" (supervisora de setor).

Neste depoimento é possível identificar outro aspecto da imagem da enfermeira que reside na sociedade. O "locus" de trabalho da enfermeira é identificado na área assistencial da saúde, diretamente com o paciente. É muito difícil serem reconhecidas com qualificação para realizar algum aporte em outros setores como, por exemplo, em instituições de ensino "con la cuestión de la droga, en todo lo relacionado con la sexualidad, en todo eso, vos te sentís que no estás capacitada" (supervisora de setor).

Este depoimento não só corresponde à imagem da enfermagem existente na sociedade mas, também, à representação que as próprias enfermeiras têm de sua própria prática profissional, como veremos a seguir. Uma delas considera a enfermagem pouco valorizada institucionalmente porque "las enfermeras estamos dejando de lado, muchas tareas competentes a la profesión que por falta de enfermeras profesionales tienes que ir delegando y eso, un poco, te va restando lugar. (...) Porque tu tratás de hacer el cuidado directo del paciente pero, por sobrecarga de trabajo, lo tienes que dejar, y eso mismo te va quitando el espacio. Esto, pienso que se da en

todas las instituciones, creo que es en todas" (enfermeira).

A não realização, por parte da enfermeira, do cuidado direto do paciente, transforma-se para esta entrevistada num elemento de desvalorização da enfermagem.

O cuidado direto ao paciente é indicativo da aceitação implícita e da justificação da divisão do trabalho que ainda é muito forte nos diferentes níveis de enfermagem, apesar dos anteriores comentários críticos. Desta forma, a enfermagem ficará "confinada ao trabalho manual, honeroso, rotinerio que o médico não deseja fazer e no deslocamento da enfermeira de todas aquelas funções e especialidades que ele vai solicitando para ampliar o seu campo profissional" (Martínez et alii., 1985: 40,167,168,171) (tradução do autor).

Nas entrevistas, é perceptível a identificação da auxiliar de enfermagem com a função de aproximação com o paciente: "miéntras el paciente está internado (...) estamos más cerca, los que hablamos con él, y de ahí que lo conocemos más. (...) El paciente siempre nos busca más que a otros, me parece" (auxiliar de enfermagem). Este elemento justifica o seu papel no coletivo de trabalho, quando é colocado que o trabalho da auxiliar de enfermagem "es importantísimo. El paciente depende de nosotros, de enfermería a todos los niveles (...), y del auxiliar de enfermería que está más encima del paciente" (auxiliar de enfermagem).

Mas, os médicos conseguiram transmitir muito bem a convicção de que na enfermagem a prática é todo.

O discurso deste médico, reflète bem essa posição: "para mi, la enfermera es la persona que está al lado del enfermo (...) Yo tengo la visión de que la enfermera no es para estar en el escritorio, es para la práctica diaria. Es para estar al lado de la cama dirigiendo una serie de tareas y opinando sobre los enfermos.(...) Lo que no puede ser es que por la tarea administrativa, pierda la relación de los problemas reales que tiene el enfermo (...) La enfermera tiene que estar realmente al lado de la cama y además tiene que saber hacer lo que hace el auxiliar de enfermería, y hacerlo bien o mejor. Porque si son las auxiliares de enfermería las que colocan vías mejor que la enfermera universitaria, el rol de esta se pierde.(...) El tema es la presencia que usted ponga. Usted no obtiene lugar, si no tiene presencia. Y en la presencia, no importan los títulos. Si una enfermera está 6 horas arriba del enfermo, tiene una serie de atribuciones que no tiene el médico que viene a pasar visita 10 minutos.(...) Entónces las atribuciones se ganan con la transpiración, y no son ni del médico, ni de la enfermera, ni de nadie. Son de la persona que se dedica al enfermo". Do contrário, a enfermeira "pierde la presencia y el respeto" (médico). As atribuições que obtém a enfermeira, resultantes da dedicação ao doente lhe permitem, segundo este depoimento, não só conseguirem serem respeitadas pelos médicos, mas também poder opinar sobre os doentes na visita médica, e mais nada.

Este depoimento é um exemplo da contradição presente no discurso. Segundo Pagès não podemos conceber o discurso como um edifício sólido, com peças bem

ajustadas, mas como um todo instável. (Pagès, 1987:196). Por um lado, a enfermeira deve estar qualificada para realizar o seu trabalho mas, por outro, desqualifica seu saber quando coloca que não interessam os títulos senão a dedicação ao paciente.

Para outro médico, como a enfermeira está continuamente com o paciente, ela vai poder opinar sobre alguns aspectos do paciente, mas "obviamente van a opinar dentro de sus capacidades" (médico).

A convicção de que na enfermagem a prática é tudo, sempre teve uma grande importância não só entre os médicos, mas também entre as próprias enfermeiras (como já foi colocado) e na sociedade. O papel da Escola de Enfermagem na formação essencialmente prática é característica da enfermagem uruguaia por quatro décadas. O escasso conteúdo teórico na formação das enfermeiras, desde o início da profissionalização em 1913, foi fortemente influenciada por seu idealizador, Dr. Carlos Nery.

Mais tarde, no momento da criação da "Escuela Universitaria de Enfermería" na década dos 50, começa a ser buscado no currículo um equilíbrio entre a teoria e a prática.

Esta convicção de que na enfermagem a prática é tudo, constitui um elemento ideológico que serve de apoio à articulação da Enfermagem com o conjunto do sistema social. Vejamos como isto é posto por Martínez et alii. : "No particular se encontram argumentações que ratificam a inserção da enfermeira no processo laboral como

executora de funções manuais, e reafirmam a divisão do trabalho estabelecida no campo da saúde, ratifica-se de maneira enfática a sujeição ao médico e o caráter subalterno da profissão" (1985:167) (tradução do autor).

A subordinação ao trabalho médico é outro elemento ideológico muito forte na enfermagem. Implica uma dependência formal extraordinariamente rígida como veremos, a seguir, nestes depoimentos realizados por médicos. "Yo quiero la enfermera universitaria que esté conmigo, al lado, pasando visita", por isso, "discrepo enormemente con las supervisoras". E reitera: "yo creo en las enfermeras de al lado de la cama, no que se pongan a hacer todas las tareas de las auxiliares de enfermería, sino la persona que dirige el ejercicio directo" (médico). A imagem da enfermeira que este médico aceita é a "de al lado de la cama", a qual encontra-se dependente e subordinada ao trabalho médico.

A subordinação da enfermeira transparece nas características do seu trabalho, apontadas pelos médicos a seguir: "que (el paciente) se sienta cómodo y además reciba la medicación a la hora adecuada. Además, la enfermera es la que controla a los pacientes. Los pacientes se descompensan y no somos nosotros los que nos damos cuenta, son ellas que nos llaman cuando se dan cuenta que los controles o la paraclínica está alterada. Las enfermeras acá tienen un buen nivel e inmediatamente nos llaman" (médico).

Para outro médico, a enfermeira "juega un rol muy vinculado a la actividad

médica (...), el control de parámetros, control de tratamientos instituidos" (médico).

Observamos nestes depoimentos, uma representação da enfermeira como colaboradora do médico mais do que um verdadeiro profissional competente e autônoma no seu trabalho.

Por outro lado, esta dependência formal da enfermeira contraditoriamente se inverte na prática, fazendo com que a profissão médica dependa, no seu exercício, da enfermeira: "Los médicos creen que saben mucho, pero cuando van a la práctica, después se dan cuenta que no es así y entonces, por eso siempre quieren tener su enfermera, "mi enfermera" dicen. Mi enfermera para usarla y no para reconocerla porque, es la que les organiza el servicio, es la que le resuelve los problemas" (enfermeira-chefe de setor).

A dependência que tanto as enfermeiras têm do trabalho médico, quanto os médicos têm da enfermagem é também reconhecida pelas próprias enfermeiras: "o médico te termina indicando cambiar al paciente de posición cada tanto tiempo, higiene bucal, ocular, que lo mirás en la historia y revienta (...). Estoy hablando de una profesión, y me tienen que decir hasta lo elemental, que se tendría que desprender de mi propia formación. Y, a veces te encontrás, que los demás no lo ven como problema. Yo, no me siento profesional por mas que creo tender hacia eso, y me da la impresión de que el grupo, la masa de enfermeras profesionales, no actuamos como profesionales. (...) A mi, me dá la impresión que nosotras actuamos como paramédicos.

Estamos siempre esperando que el médico nos dé el visto bueno" (supervisora).

Desta forma, evidencia-se a ambiguidade nas próprias práticas de saúde analisadas, no sentido atribuído por Chauí. "Ambiguidade é a forma de existência dos objetos da percepção e da cultura, percepção e cultura sendo, elas também ambíguas, constituídas não de elementos ou de partes separáveis, mas de dimensões simultâneas" (Chauí, 1986:123).

Também aparece esta ambiguidade quando é dito que em certas ocasiões a enfermeira encontra-se frente ao médico bem fundamentada, com a base científica que lhe permite até ensinar-lhe. Esta mudança no relacionamento entre o médico e a enfermeira será mais profundamente analisada, a partir das entrevistas no próximo item, referente à autonomia profissional da enfermeira.

O último elemento ideológico encontrado nos depoimentos das enfermeiras, que vai constituir um dos aspectos fundamentais na representação de sua prática profissional, é a obsessão pela higiene refletida na aparência externa.

"Yo creo que la persona (enfermera) debe tener una postura. Primero, una presentación, estar pulcra, prolija, para mi eso es fundamental". De fato, para esta enfermeira, "la enfermera que entendíamos como aquella imagen inmaculada, aquella presencia de la enfermera, se ha perdido". (enfermeira supervisora)

"La imagen de la enfermera profesional queda un poco desdibujada (...) porque vos ves que anda con una caravana de cacharro, andan con esas pulseras, con esas

cosas. (...) A veces vemos que tendríamos que enseñarles modales básicos, que no podemos enseñarles como se tienen que vestir y que no vengan con una minifalda y una pollera transparente". (enfermeira-chefe)

Também a enfermeira perdeu a antiga imagem "con el asunto del termo y del mate (49). Está tomando mate delante de la supervisora. Se reciben, vienen a trabajar, y lo primero que hacen es buscar el mate y el termo, y están tomando mate por ahí.(...) Uno ve que llegan y en vez de buscar al paciente salen a buscar el termo y el mate" (enfermeira-chefe). Esta prática, muito arraigada culturalmente no Uruguai, é vista como pouco profissional na prática da enfermeira.

A correta postura pessoal irrepreensível quanto ao uniforme, penteado, calçado e equipamentos (tesoura, canetas de cor vermelha, verde e azul, garrote etc.), é valorada pelas enfermeiras (e não tanto pelas auxiliares), como um atributo positivo na imagem da Enfermeira Padrão e tem um claro valor simbólico. Responde historicamente à necessidade de reconhecimento e prestígio. ( Martínez et alii. 1985:163) Florence Nightingale contribui significativamente para a construção desta imagem asséptica, discreta e competente como sendo necessária para a obtenção do prestígio e reconhecimento social.

---

<sup>49</sup>. O "mate" é o chimarrão. O "tomar mate" traa-se de uma expressão idiomática que na realidade significa estar muito à vontade.

## 2. Autonomia e qualificação nas práticas de enfermagem hospitalar.

### 2.1. Autonomia

Para que uma ocupação seja considerada profissão deve satisfazer as exigências que a sociedade impõe a uma ocupação profissional: a autonomia, a qualificação e o controle sobre a prática e a formação. (Simms, 1977, citado por Cohen, 1988:16) (tradução do autor).

A autonomia é entendida como a possibilidade de determinação das atividades a serem realizadas. Em termos profissionais da enfermagem, a autonomia possível está centrada no saber e significa a possibilidade de determinação de atividades:

-Preventivas, incluindo os cuidados para a manutenção da saúde dos indivíduos sadios e nos doentes, para evitar a ocorrência de outras enfermidades ou iatrogenias (cuidados da pele, de postura, exercícios, alimentação, eliminação etc).

-Administrativas, que seria a aplicação das etapas do processo administrativo para a atenção dos indivíduos sadios e doentes. Involucra todas as atividades que correspondem à administração de pessoal e de materiais.

-Educaçãois, do pessoal auxiliar e profissional a seu cargo; do paciente,

família e comunidade e de estudantes de enfermagem.

-Pesquisa, epidemiológica; da própria prática e da organização do trabalho de enfermagem.

Por outro lado, a enfermeira desenvolve atividades dependentes das atividades médicas, principalmente atividades assistenciais para a recuperação da saúde dos pacientes. Atividades que contribuem com o diagnóstico e terapêutica do paciente e que dependem das indicações médicas.

Nas entrevistas é reconhecido pelas próprias enfermeiras a existência dessas duas áreas: uma dependente da prática médica, definida a partir das indicações médicas, e, outra, independente. Esta é identificada pelas enfermeiras como a área referida "a todo lo que es el cuidado global del paciente, el cuidado de la piel, los aspectos sociales del paciente, y el cuidar la parte sana del paciente". (enfermeira)

Em geral as enfermeiras concordam nas suas falas, na determinação por parte da enfermeira de "todo lo que tiene que ver con la integridad del paciente; cuidado de la piel, higiene y confort, lo que necesite" (auxiliar de enfermagem). Também incluiria mudar de posição os pacientes, salvo algumas exceções determinadas pelo médico.

Em relação à determinação de atividades em situações de emergência, não existe critério único. Uma enfermeira afirma: "la enfermera está preparada desde el punto de vista científico para resolver una cantidad de situaciones antes que él (el médico) llegue. Creo que enfermería tiene un área própria de decisiones." (enfermeira-chefe)

Para otra, a enfermeira da Unidade de Tratamiento Intensivo "tendría que poder manejarse haciendo maniobras de mantenimiento de vida hasta que llegue el médico. Enfermería ya hace algo, masajeás, ventilás con ambú, pero no hacés más nada."  
(supervisora)

Com referência à determinação de utilização de algum medicamento em situações de emergência existem, na enfermagem, três critérios diferentes representados nos depoimentos a seguir:

a) A enfermeira não deve medicar o paciente sem indicação médica:

"Pienso que la enfermería no puede decidir medicación o algún procedimiento cruento" (enfermeira-chefe)

b) A enfermeira pode, segundo o caso, medicar sem indicação médica:

"En general, no se administran medicamentos salvo los sueros". (enfermeira)

"En el servicio de emergencia, la enfermera puede instalar un suero glucosado isotónico a cualquier paciente que llegue, aunque no esté el médico". (enfermeira-chefe)

"En el caso de una hipertermia de 40°C, darle algún antitérmico o ponerle un supositorio". (enfermeira-chefe de setor)

c) A enfermeira medica, mas não deveria.

"Muchas veces se realizan muchos más procedimientos que los que se deben exactamente. Calmar a los pacientes, no siempre está indicado." (enfermeira)

"Nosotras medicamos a los pacientes, no se si lo hacemos de atrevidas. Por

ejemplo, en pacientes hipertensos que vienen tomando medicación antihipertensiva y que hacen un pico hipertensivo. Se le da esa medicación, se controla y se avisa al médico." (auxiliar de enfermagem)

Além destas atividades, catalogadas pelo pessoal de enfermagem de "independentes", estão, para as enfermeiras, as que correspondem à administração da unidade, sala ou setor, referidas principalmente aos recursos humanos e materiais. Estas atividades transparecem nos seguintes trechos de entrevistas:

"La Nurse coordina la actividad del sector. (...) Ella se fija en la dotación de personal que tiene y hace la distribución de acuerdo al tipo de pacientes. (...) No sólo se hace distribución de pacientes sino de tareas" (supervisora).

Na prática, a enfermeira não tem a liberdade de fazer esta distribuição segundo os critérios apreendidos durante sua formação profissional. "No estás distribuyendo la persona más competente para el paciente que está más grave.(...) A veces, necesitas para pacientes que hace mucho tiempo que están internados, un personal que tenga mucha calidez humana, y de pronto te das cuenta que en la distribución, no te quedó con la persona más adecuada. El mismo personal pide rotar, no les gusta estar siempre con el mismo paciente. Entonces las rotaciones las hacés en base a los pacientes y tareas que tuvieron el día anterior. El que estuvo ayer con el material y un paciente, hoy le va a tocar dos pacientes." (supervisora)

Para os médicos é mais difícil reconhecer uma área de actividades independente nas enfermeiras. Afirmam:

"La responsabilidad total es casi siempre del médico. (...) Lo que será realizado en definitiva con el paciente, la última palabra la tiene el médico. Es su responsabilidad y el encargado de su tratamiento." (médico)

"El médico comanda en cierto modo las acciones" relativas ao diagnóstico e terapéutica do paciente "que requieran de una colaboración de enfermería". (médico)

Em relação a esta colaboração de enfermeria:

"Hay algunas circunstancias en que la enfermera opina y opina muy bien, y nos preguntan si no es conveniente que el paciente sea trasladado a algún lado, que se lo ponga en tal lado, porque es la que vive todo el dia con el paciente y entónces sabe lo que es mejor para él en ese aspecto ." (médico)

Às vezes, até é necessário que o médico determine os controles a serem realizados no paciente "porque muchas veces se hacen en forma irregular y otras veces no se hacen. (...) Nosotros lo hacemos en determinados pacientes que nos interesa que tengan controles, lo indicamos y ponemos también la frecuencia de los mismos y de las curaciones.(...) Si uno lo viera (realizado por la enfermera), no tendría que estar haciendo indicaciones de horarios". (médico)

Ainda este médico, em relação à higiene do paciente, considera: "en general eso lo hace enfermería y nosotros tenemos poca ingerencia". E continua: "Otro tipo de

terapéutica distinta a las comentadas no la puede hacer porque, quizás requiera de un entrenamiento y de una responsabilidad frente a lo que pueda hacer, que no conviene que lo haga". (médico)

Um dos efeitos da subordinação da enfermagem ao médico é a credibilidade, que o médico tem a capacidade de atender todas as necessidades de saúde dos pacientes e da população em geral e que, a enfermeira, não é responsável nem capaz de atender todas essas necessidades, mas só as indicadas pelo médico.

A fala do médico informa que a enfermeira não pode "tomar a iniciativa de hacer determinada cosa con el paciente, en cuanto a medicación. (...) Quizás, porque no esté entrenada para manejar ese tipo de medicación, ni tampoco para asumir la responsabilidad de algo que puede causar problemas secundarios e incluso matar a un enfermo" (médico). Saliente também que a enfermeira decida administrar medicamentos em situações de emergência é considerado um excesso. "Exceso podría ser dar medicación, para lo cual no está preparada ni entrenada, poniendo en riesgo la vida del paciente. (...) Lo primero que tiene que hacer es avisar al que esté encargado del paciente o al responsable de la sala, eso es lo primero". (médico)

A autonomia relativa permitida às enfermeiras pelos médicos, depende, segundo este médico, "de cada médico y depende de la persona con quien trabajes. De los conocimientos que tenga el personal, y que éste conozca como actúa el médico. Por eso a vos no te sirve ni te gusta que el personal esté permanentemente rotando".

(médico). Ou seja, a enfermeira conhecida, que tem a confiança do médico, pode agir supostamente mais autonomamente. Vejamos como esta questão é colocada por outro médico:

A enfermeira "para tener esa libertad, tiene que tener experiencia. No cualquier enfermera lo puede hacer. Acá hay como 4 o 5 enfermeras que tienen como 20 años de experiencia, y en las cuales tenemos plena confianza. Yo sé que todo lo que vayan a hacer ellas, prácticamente no está mal y no va a perjudicar al paciente, lo puede beneficiar" (médico). Porém, tampouco fica expresso por este médico o que seja considerado totalmente correto. Seria como a aceitação de um mal menor na interação destas profissões. E continua:

"Pero son diferentes a una enfermera recién formada. (...) Ellas, sin autorización del médico, no pueden cambiar conductas que estaban previamente escritas en la historia clínica". E segue no seu depoimento, fazendo referência às enfermeiras com experiência:

"Además ellas saben. Ellas mismas van a decir:

¡Yo me llevo muy bien con tal médico!

Con algunos que no conocen no, porque enseguida se enojan, porque no las conocen y toman decisiones que no tienen que tomar. De repente, está bien la decisión pero yo personalmente, si no la conozco, no la dejo tomar". (médico)

A enfermagem é considerada pelos médicos como não capacitada para a

realização de algumas tarefas como, por exemplo, medicar; é aceito que, às vezes, as decisões tomadas ou as sugestões de mudança nas indicações médicas são corretas, como vemos no trecho da entrevista que vem a seguir:

"Enfermería me avisa muy a menudo cuando hay antibióticos que están mal indicados. (...) Gente de enfermería que ha trabajado conmigo, lo maneja muy bien, yo creo ésto. Y ellos me dicen:

¡Mire Dr., ese paciente tiene tal germen! Me parece que habría que cambiar el antibiótico.

A mí, eso me parece muy importante, porque eso implica que el enfermo estuvo bien visto y que hubo alguien a su lado". (médico)

Nas entrevistas com o pessoal de enfermagem é expressa a falta de autonomia de sua prática no hospital. Vejamos os seguintes depoimentos.

"Si planteo que veo, yo o cualquiera, a un paciente anímicamente mal, que sería conveniente que entrara un familiar (...) sucede, (...) que el grupo médico no acepta. (...) Ellos dicen que a enfermería no le compete (...) Considero que más capacitado que enfermería para determinar cuando un familiar debe pasar, no hay nadie" (supervisora). A partir deste trecho, pode ser identificada uma contradição entre o discurso médico, que reconhece a capacidade da enfermeira para opinar sobre o paciente, e sua prática cotidiana. A interação entre estas duas práticas profissionais (medicina e enfermagem),

reflete uma luta pelo poder da qual o médico geralmente sai triunfante, posto que o saber médico é socialmente legitimado.

"Esto no me pasa sólo a mí, le pasa al resto del personal incluso al auxiliar. La de veces que ha habido observaciones por parte de auxiliares sobre el estado de los pacientes, y que los médicos no atendían. He tenido que insistir yo, con los médicos que te pueden dar entrada" (supervisora). Ou seja, não depende só da capacidade técnica ou do nível hierárquico da pessoa que faz a observação. Todo o pessoal de enfermagem entrevistado concorda, da mesma maneira que os médicos, que as sugestões que podem ser feitas pela enfermeira ao médico, a respeito da terapêutica utilizada para com o paciente dependem, como diz esta enfermeira, "de la relación que se tenga con el médico, de lo viejo que uno sea en el servicio y de la relación de confianza que tenga contigo". (enfermeira-chefe de setor)

Por outro lado, apesar das enfermeiras estarem subordinadas aos médicos, estas conseguem que elas se sintam autônomas em determinadas situações, como notamos a seguir. Algumas enfermeiras acreditam alcançar autonomia e poder baseando-se em habilidades idiossincráticas e variáveis de personalidade, que não respondem, segundo Cohen, a uma maneira prototípica de alcançar o poder. (Cohen, 1988:112)

"Es según la persona que le diga, porque es muy distinto si viene la auxiliar de la sala y le dice:

¡Mirá tal cosa!, o si me ven a mi y les digo:

¡Mire Dr. que tal cosa! (...) Según la supervisora, yo tengo algo especial que hace que toda la gente haga lo que yo digo. Yo trato de fundamentar lo mejor que sé y lo mejor que puedo, pero como que tengo algo especial". E continúa: "Depende de como te ven en la sala, o de como son ellos también, porque hay gente que uno les dice las cosas y, como que les entra por un oído y les sale por otro. Con ese tipo de gente tu no podés tomar decisiones ninguna, porque no te va a respaldar". (enfermeira-chefe de setor)

"Nosotros no hacemos muchas sugerencias para no chocar, y elegimos a quien le podemos sugerir algo y a quienes no. A quien sabemos que no nos va a aceptar, no le sugerimos, aunque sea en beneficio del paciente". (enfermeira)

Outras enfermeiras acreditam vivenciar autonomia e poder mercê sua habilidade de dizer sem desafiar o poder médico. Trata-se de um jogo de relacionamento com o médico.

"No iba a ir diciendo: ¡Mire que se equivocó!

Tenés que tener tu forma de decir. Cuando me parecía que un tratamiento no era el adecuado, iba y le decía:

¡Mire Dr.! Me parece que esta indicación no es así, o hay algún error, o le falta algún número, o alguna cosa. Entónces decía:

¡Ah, sí! Tiene razón.

Pero nunca iba con soberbia, como sobrando, para corregirlo." (supervisora)

Otra enfermeira comenta:

"Depende de la habilidad de cada uno de nosotros, lo que le cuestionemos al médico. Pero como que no vamos con el fundamento científico, vamos como pidiendo de favorcito. Te digo porque a mi me pasa. A veces veo, que en un paciente algo está mal de acuerdo a mi información y, si voy con toda la base científica, ¿cómo la enfermera le va a cuestionar algo? Entónces hay que ir haciéndose como la tonta y preguntar:

¿Dr. no te habrás equivocado? porque vi, y tengo dudas. O sino: ¿Dr. no me explicarías? porque yo no entiendo". (supervisora)

Nesta mesma entrevista, em outro momento, é reforçado este aspecto:

"El médico, hay cosas que te las atiende. Hay otras, en las que no te puede dar la razón, es una razón a medias, cuando tu sabés que la tenés y bien fundamentada. Tenés que hacerlo de una forma que ellos no interpreten que tu estás enseñándoles algo, porque si lo hacés, por ese lado, por la contra no te lo cambian. Te lo aceptan cuando tu lográs que quede como que la idea fue de ellos. Es muy difícil, pero con tal de que haga lo que yo quiero, no me importa, que patente la idea." (supervisora)

Em geral os médicos vivem a intervenção da enfermagem como questionadora. Este fato pode refletir a insegurança que ele sente, pela desqualificação que vem sofrendo

ao longo do tempo; portanto, ele vai resistir sempre que puder.

Ainda temos outro depoimento que assinala a forma de relacionamento que adota uma auxiliar de enfermagem frente ao médico. "Primero, trato de hacerme amiga de un médico si es nuevo y trato de establecer la amistad, para llevarlo a lo que yo quiero, a esa digamos..., atención más asidua al paciente. Como cuando tenemos que irlos a buscar al cuarto médico que te dicen:

¿Qué tiene? Ahora voy.

No, vení ya, vení conmigo, vamos, vamos a verlo, que eso es muy importante."

(auxiliar de enfermagem)

Estes são exemplos do "Jogo do Doutor e da Enfermeira" descrito por Stein em 1971 e citado por Cohen (1988:112). A través deste jogo, a enfermeira "alcanza los objetivos profesionales mediante la manipulación, es decir flirteando y sugiriendo que en forma franca y directa" (Cohen, 1988:179). Ou seja, "pueden impartir información a los médicos y administradores sin dar la impresión de que están violando la tradición de sumisión que imponen tanto el rol femenino, como el de enfermera" (Cohen, 1988:112).

Por outro lado, este último depoimento reforça também a imagem da enfermeira maternal, atenta e complacente, cujo compromisso emocional expresso neste caso, não com o paciente mas com o médico, assemelha-se com o compromisso da mãe para com seu filho. Na busca da ruptura da relação de opressão a enfermeira inverte a correlação

de forças que estabelece com o médico; a subordinação é rompida pelo menos em ocasiões transitórias.

Por último, é identificado nas entrevistas a troca de favores como forma de buscar a autonomia. Esta situação é observada principalmente entre as auxiliares de enfermagem e médicos, porém, não excluindo-se entre enfermeiras e médicos.

"Respecto a las tareas nocturnas, cuando nos reunimos con las chiquilinas hay que hacer especial énfasis en no hacer tareas que no les competen, que no vayan en favor de un médico que quiere dormir, (...) corriendo el riesgo de iatrogénias. Pero eso pasa, el médico antes de irse a dormir te hace todas las indicaciones por si sucede ésto o aquello. Ésto, no te lo dicen, se convierte como en un lenguaje secreto entre ellos" (Supervisora ).

Esta linguagem estabelece entre determinados médicos e determinado grupo de enfermagem, uma relação de cumplicidade que revela uma relação de confiança na competência e na possibilidade de autonomia à aquele grupo de enfermagem. Um exemplo desta troca é a não interrupção no descanso noturno dos médicos que permitiria às auxiliares de enfermagem realizar uma série de atividades que, segundo esta supervisora, não correspondem à competência deste pessoal. Este fato, segundo o depoimento de uma enfermeira-chefe, lhes outorga um maior prestígio e status no serviço. Fazendo referência ao desempenho da auxiliar de enfermagem nas unidades especializadas considera que este pessoal: "se siente mejor de hacer tareas de un nivel

más relevante, porque es más estimulante" (enfermeira-chefe). Por sua vez, também coloca que ésta situação é menos acentuada com as enfermeiras universitárias porém, as vezes, "llegan a hacer suturas" ou electrocardiogramas. Também são colocados outros exemplos: certificar a defunção de pacientes determinando a realização a extubação e os cuidados pós-mortem dos mesmos; determinar a necessidade de realizar gasometrias que, também para outra enfermeira "te da otro status, pero que en realidad no te aporta nada. Ésto ha sido una batalla campal y como que es una guerra a la que ya no le podés ganar. Todo el mundo está enloquecido por hacer las gasometrías y los médicos enchochecidos". (supervisora )

Afirma também que nesta troca de favores "el médico se acerca más a la auxiliar que a la nurse porque el médico siente que la nurse compite con él y la auxiliar no. Ésta no es un enemigo, o no tiene las armas de un enemigo, en cambio la nurse sí." (supervisora)

Estas três formas de alcançar autonomia, identificadas no cotidiano do trabalho da enfermagem, evidencia as formas não regulamentares, através das quais o médico exerce o controle sobre a enfermagem.

## 2.2 Qualificação

A autonomia no trabalho está diretamente relacionada com a qualificação do trabalhador, e o sistema de qualificação tem uma relação direta com um dado momento da divisão do trabalho.

As transformações no interior da organização técnica e social do trabalho médico e dos outros profissionais de saúde, resultantes do avanço científico e tecnológico, têm modificado as exigências de qualificação destes trabalhadores. A qualificação/desqualificação do trabalhador da enfermagem está estreitamente ligada à transformação das tarefas realizadas por este.

A qualificação compreende duas fases:

-um saber-fazer ou saber vital que implica a apreensão de um conhecimento para o desenvolvimento eficiente do processo de trabalho. Sua aquisição se dá tanto na escola, quanto no processo de vivência no trabalho e com a tarefa específica executada (Crivellari e Melo, s/d:24).

-um saber-viver que se converte numa exigência do trabalho. Consiste no aprendizagem das relações de colaboração e subordinação. Compreende as convicções,

obrigações, macetes, representações comuns, normas, comportamentos e restrições do grupo. (Crivellari e Melo, s/d:7-8)

A qualificação compreende também o chamado saber viver em sociedade segundo padrões e normas próprias de um determinado espaço de trabalho ou categoria profissional.

Quanto maior a qualificação do trabalhador, maior a sua visão do processo de trabalho, mais variado o conhecimento do serviço oferecido e das distintas destrezas, além de um maior controle, não só do processo de trabalho, mas, também, dos trabalhos das categorias subalternas. (Falabella, 1988:198-199; Kuenzer, 1988:115)

Contrariamente, a desqualificação do trabalhador está referida ao processo de empobrecimento do conteúdo do trabalho, que pode determinar a perda progressiva do controle do processo de trabalho, além da perda da autonomia no trabalho (Falabella, 1988:197).

A perda de autonomia no trabalho indica a subordinação do trabalho desqualificado em relação ao trabalho qualificado. Como coloca Kuenzer, "quanto maior o domínio do conteúdo do trabalho pelo profissional, maior sua participação nas decisões sobre ele, maior a sua autonomia, maiores as suas possibilidades de criação; ao contrário, a desqualificação justifica a maior interferência dos engenheiros e gerentes, de modo a haver a menor participação possível do operário" (1988:115).

A história da enfermagem tem sido permeada, contraditoriamente, de momentos de qualificação e desqualificação do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde.

Num primeiro momento, com a medicalização do hospital (meados do século XVIII), a enfermagem vivencia a desqualificação do seu trabalho devido ao empobrecimento do seu conteúdo. O médico passou a controlar o processo de trabalho e a delegar atividades manuais às enfermeiras, que passam de profissionais autônomas a subordinadas ao médico.

Um segundo momento ocorre a partir de 1860, quando Florence Nightingale institucionaliza esta subordinação através da criação da primeira escola de enfermagem que visava o treinamento das enfermeiras para a execução das ordens médicas com presteza e competência. Por sua vez, se assiste a uma nova desqualificação do trabalho de enfermagem em termos de conteúdo do mesmo, determinado pela criação de duas categorias distintas no interior desta profissão. As tarefas manuais constitutivas da enfermagem sofrem uma divisão no seu interior, reiterando a divisão do trabalho intelectual e manual. O trabalho intelectual, mais qualificado, é reservado às "ladies nurses", as quais exercerão o controle administrativo do trabalho do pessoal subalterno. O trabalho manual, semiqualficado, é reservado às "nurses". Este trabalho será desenvolvido junto ao paciente.

Ocorre ainda um terceiro momento no processo de qualificação/ desqualificação

do trabalho de enfermagem dividido em duas fases claramente identificáveis a partir da divisão progressiva do trabalho médico e de enfermagem que ocorre no século XX. A primeira fase seria consequência do surgimento de novas especialidades médicas que expropriam algumas tarefas desenvolvidas até esse momento por outros profissionais da saúde, entre eles a enfermeira.

Analisando este fato no Uruguai, na década de quarenta, verifica-se o surgimento das especialidades Médico Hematologista e Médico Anestesiologista, tarefas estas que vinham sendo desenvolvidas até então pelas enfermeiras. Nesse momento é observável um duplo movimento na relação trabalho médico e qualificação. Por um lado, o trabalho médico se desqualifica em termos do seu significado, tendo em vista a acentuação de sua fragmentação do saber médico que determina a restrição do conhecimento generalista e a perda da visão de conjunto do processo de trabalho. Por outro lado, simultaneamente, qualifica-se em relação ao conteúdo do trabalho já que incorpora novas destrezas.

Neste terceiro momento, a enfermagem sofre um processo simultâneo de desqualificação/qualificação do trabalho. A desqualificação ocorre, nesta primeira fase, em relação ao empobrecimento do conteúdo do mesmo, pela apropriação por parte do médico do saber-fazer correspondente a estas tarefas realizadas pelas enfermeiras.

Numa segunda fase, a partir da progressiva divisão técnica no interior do trabalho de enfermagem, são incorporadas novas categorias com diferentes níveis de

qualificação, quanto ao conteúdo do trabalho e também quanto ao salário. Num processo simultâneo de desqualificação/ qualificação, um grupo menor quantitativamente, correspondente às enfermeiras-chefes, supervisoras, chefes de piso e enfermeira da unidade, é qualificado em relação a um grupo maior semiquificado, composto pelas auxiliares de enfermagem.

Identifica-se, então, um processo contraditório de desqualificação/qualificação, na categoria enfermagem, em relação ao significado e conteúdo do trabalho, predominando a qualificação para as categorias superiores, que lhes permitirão ter maior perspectiva do processo de trabalho em seu conjunto, além de maior autonomia e controle do trabalho em relação às outras categorias. Por sua vez, as categorias inferiores serão desqualificadas em relação ao significado e conteúdo do trabalho, perdendo gradativamente e, segundo o nível, o controle e autonomia no processo de trabalho.

### **2.2.1. Participação e qualificação.**

Na enfermagem, as dimensões de decidir e criar com relação ao próprio trabalho, dentro das restrições impostas pelos médicos, estão reservadas para os níveis de maior qualificação em termos do conteúdo e significado do trabalho. Estes níveis

correspondem, como vemos nos depoimentos seguintes, às enfermeiras-chefes ou diretoras, supervisoras e chefes de setores, que participam "en la resolución de problemas de servicio; (...) en proyectos de planta física, (...) en los aspectos de la compra de material mobiliario y de las camas; (...) en la elaboración de programas de preparación para auxiliares y enfermeras; (...) en las normas de ingreso; (...) en comisiones de evaluación; (...) en tribunales de concursos. Por supuesto, siempre de cargos por debajo del mío" (enfermeira supervisora).

Para uma chefe de enfermeiras, além dos aspectos já mencionados, participa no "funcionamento hospitalario".

Outra chefe coloca que "siempre se está participando institucionalmente, cada vez que se va a abrir algún servicio".(enfermeira-chefe)

Para as enfermeiras de sala, cujo nível de qualificação, em relação aos níveis mencionados anteriormente, é inferior, a participação institucional se restringe às normas de atenção de pacientes, além de participar na elaboração e revisão do "manual de procedimientos do setor" e nas "evaluaciones de servicio".

Outra enfermeira relata que ela não participa diretamente nas decisões institucionais, "participó el cuerpo médico y de enfermería, la jefe del sector y la supervisora viendo la planta física, (...) como se iba a amueblar, como se iban a poner los soportes de suero, las luces, la distribución de los carros" (enfermeira). A sua participação se restringe aos "tribunales para ingreso, haciendo entrevistas a auxiliares

para ingreso y en evaluaciones”.

Por sua vez, uma auxiliar de enfermagem coloca que ela pode participar “en colocar un carro de curaciones para un paciente que no se pueda cambiar de acá para allá” (auxiliar de enfermagem). Também identifica que “el cambiar pacientes de una sala a otra no nos compete a nosotros, es resolución de la clínica de los profesores” além disso expressa que “en trabajos científicos yo nunca he participado”. (auxiliar de enfermagem)

Para outra auxiliar, a sua participação se dá “en las reuniones del piso, en trabajos con la jefa, en la elaboración de carteles, y también hacemos arreglos en la sala”. (auxiliar de enfermagem)

Um outro aspecto mencionado por outra auxiliar de enfermagem entrevistada, com relação a sua participação institucional, é que a supervisora “nos pide opinión (...). Si hay algo que nos quieren implantar, lo podemos discutir en conjunto con ella.” (auxiliar de enfermagem)

Para as enfermeiras e principalmente para as auxiliares, à medida em que seu domínio do saber sobre o trabalho (teórico e prático) é restrito, as dimensões de decidir e criar, características do trabalho humano, não estão presentes.

O controle das decisões sobre o trabalho nos níveis mais altos de qualificação é assegurado pelo monopólio do saber sobre o trabalho, o que confere valor ao saber teórico-científico adquirido principalmente através de cursos, de modo sistematizado,

em contraposição ao saber prático adquirido principalmente através da experiência, de uma forma assistemática e muitas vezes fragmentada (Kuenzer; 1988:115).

Por outro lado, a participação institucional também é identificada, nas próprias entrevistas como ilusória. Uma supervisora confirma:

"Hemos hecho, fuera del horario de trabajo, y con mucho sacrificio, trabajos de diagnóstico de situación de problemas dentro y fuera de enfermería, y después como que quedan en la nada, (...) incluso para los trabajos de aquí del Departamento de Enfermería. (...) Yo no quiero hacer trabajos por hacer" (supervisora).

### **2.2.2. A responsabilidade do processo pedagógico.**

Dentro de certos limites, como visto, o coletivo de trabalho na enfermagem se responsabiliza pelo serviço e pela manutenção e controle da qualidade do mesmo, cabendo maior responsabilidade aos níveis hierárquicos mais altos.

"El trabajo está distribuido de acuerdo a las responsabilidades que corresponden a cada uno, médico, enfermera profesional y auxiliar de enfermería y al tipo de conocimientos de cada uno". (enfermeira-chefe de andar)

Segundo cada nível e cada categoria de qualificação, corresponde um nível de decisão na distribuição de tarefas entre o pessoal a seu cargo e na rotação do mesmo.

A supervisora tem "todo lo relativo al manejo del personal. (...) Yo tengo que programar la guardia de 24 horas (...), programo mi alfombra anual, todo el programa de licencias. (...) Se supone que uno debería dedicarse más a la parte docente y a ver como trabaja el funcionario en contacto directo con el paciente para hacer educación incidental. Pero los papeles te atrapan pila".

Diferencia seu papel em relação ao papel da enfermeira do serviço a qual "tiene una diferencia conmigo en el manejo del personal. Ellas manejan el personal que está en su guardia solamente. No programa nada para guardias anteriores ni posteriores porque no le compete, ni tampoco yo dejo que lo haga." A explicação dada por esta supervisora se baseia em que "a mi no me gusta complicarle la vida a la enfermera programando eso, yo prefiero que la nurse esté en lo asistencial" (supervisora). Isto justifica e reproduz a divisão do trabalho intelectual e manual na enfermagem, além de permitir a esta enfermeira distinguir-se do pessoal com menor qualificação pelo tipo de saber apropriado.

Também o médico identifica as diferenças nas responsabilidades dos níveis ou categorias de qualificação na enfermagem. "Existen diferencias clarísimas, sin ninguna duda. El personal de la sala (enfermera y auxiliar) es el que hace la labor con el paciente. El otro (enfermera jefe de piso, supervisora y enfermera jefe de la División) es el que hace la tarea administrativa, o el control epidemiológico, o de recursos, o sea que hace tarea administrativa" (médico). Estas diferenças nas responsabilidades

corresponden às estabelecidas pela divisão do trabalho intelectual e manual.

No material das entrevistas estão representados para a enfermagem uruguaia os vários níveis e categorias de qualificação, segundo o conteúdo do trabalho e o salário respectivamente, determinando, assim, o status referente aos diferentes níveis de qualificação.

O status de qualificação se torna evidente no seguinte depoimento de uma supervisora. "Creo que cada uno de acuerdo a su preparación, tiene que ocupar un nivel distinto. Bueno, eso hay que aceptarlo y reconocerlo." Dando um exemplo, fala do médico como "una persona que está, no por encima de mí como persona, sino como intelectual, como persona que tiene otros conocimientos, otra preparación, otra capacidad y eso yo, tengo que respetarlo" (supervisora).

Apesar de ser exigido para cada nível de qualificação, o domínio de certos conhecimentos técnicos e habilidades, também é colocada a dificuldade existente nas enfermeiras de reconhecer-se frente à auxiliar, e em determinadas situações, sem esse domínio. "No se porque cuesta tanto decir: tal cosa no la sé. Te cuesta que la persona te lo exprese. De pronto el personal nuevo te pregunta más, pero la persona que queda con un bache, muere con el bache" (supervisora). Uma vez apreendido pelas enfermeiras o comportamento profissional adequado ao cargo a desempenhar e, tendo sido ocupado um lugar hierárquico referente à qualificação, é muito difícil o

reconhecimento, frente à auxiliar, da falta de um saber específico, já que isso implicaria a perda do poder que a qualificação requerida para esse cargo lhe proporciona.

Para outra entrevistada "en todos los niveles tiene que haber una diferencia por conocimientos, por manualidad, no por inteligencia sino por agilidad o rapidéz mental".  
(enfermeira)

Na hierarquia hospitalar das instituições estudadas, formando uma pirâmide, encontram-se as enfermeiras-chefes ou diretoras do Departamento ou Divisão de Enfermagem, que possuem a maior qualificação em relação ao conteúdo e significado do trabalho, além da autonomia. Este pessoal centraliza a maior responsabilidade e poder de controle administrativo de todo o hospital, como vemos nos depoimentos a seguir:

"Yo tengo toda la responsabilidad de todo el servicio de enfermería de la institución (...), el trabajo propio y el trabajo que te pide la dirección." (enfermeira-chefe)

"La enfermera-chefe es la que administra toda la unidad, es quien centra toda la información para la mejor selección de material y de personal (...), es la que distribuye el personal según el entrenamiento que tenga." (enfermeira)

"En este momento, mi función es la de administrar el servicio de enfermería (...) responsable de la toma de decisiones a nivel de personal. (...) Oriento en la parte de

la realización de normas de atención de los pacientes y de investigación si es posible y hacer una supervisión lo más cercana posible a todo eso." (enfermeira-chefe)

"Tiene que tratar de que se cumplan las normas y de establecerlas". (enfermeira de serviço)

Este último aspecto, refere-se a um saber-viver adequado às necessidades de disciplinamento impostas pelo desenvolvimento capitalista (Kuenzer, 1988:109-110). A aprendizagem das relações de colaboração e subordinação se consegue através do estabelecimento de normas próprias a um determinado espaço de trabalho ou categoria profissional (Crivellari e Melo, s/d:6). Este aspecto forma parte de um processo amplamente pedagógico que se dá embutido no processo administrativo, desenvolvido com a intenção de gerar comportamentos adequados nos trabalhadores, através da obtenção de consenso e adesão aos objetivos e à ideologia do hospital-empresa (Kuenzer, 1988:112).

A responsabilidade com o ensino se centraliza nos níveis hierárquicos mais altos e, está dirigida aos níveis mais baixos ou relacionados ao "fazer" (enfermeira e auxiliar de enfermagem).

No caso do "Hospital de Clínicas", a enfermeira-chefe diz que é sua responsabilidade "impulsar los programas de orientación y de educación que puede haber en los servicios. (...) Tratar de impulsar el desarrollo profesional, tanto del punto de vista profesional, como de valorización dentro de la institución o en la comunidad"

(enfermeira-chefe). Na Divisão de Enfermagem, esta tarefa educativa, "ya sea ao nível central ou dos setores", é coordenada pela diretora do Departamento de Educação.

No caso do CASMU, a enfermeira-chefe reconhece a sua responsabilidade nas "actividades de coordinación docente y en la enseñanza incidental permanente, que es la enseñanza planificada traída al ejemplo". (enfermeira-chefe)

Nos níveis inferiores na hierarquia, existe consenso entre as enfermeiras entrevistadas dos níveis mais altos no status de qualificação, que às supervisoras corresponde "una tarea eminentemente docente a nivel profesional y a nivel auxiliar. Tiene que ser la especialista del área, conocer en profundidad su materia o especialidad. Es el motor para los programas de enseñanza a nivel sectorial y a la vez para ir introduciendo cambios en la atención de los pacientes a medida que la evolución de la ciencia y la tecnologia lo van exigiendo. Esa es nuestra visión, que no es fácil que sea la visión de todos" (enfermeira-chefe).

Para outra chefe: "la supervisora, es la que transmite la filosofía de la institución al personal" por isso, "la supervisora es clave". (...) "Es la que está formando al personal, es la que está muy cerca del personal y del paciente" (enfermeira-chefe). Para fazer educação incidental, la supervisora debe "ver como trabaja el funcionario en contacto directo con el paciente". Na educação programada, a supervisora participa "en la elaboración del programa" (supervisora).

Ainda mais perto do pessoal de enfermagem que trabalha diretamente com o

paciente, está a enfermeira-chefe do andar. A este nível corresponde identificar "las necesidades de educación de la gente nueva", definir "el período de orientación (...)" integrar personal a cursos centrales (...) que hace la División de Enfermería, (...) aparte hacemos cursos en el sector, principalmente de urología, (...) y estoy en la integración docencia-asistencia con la Escuela Universitaria, de donde vienen las alumnas" (enfermeira-chefe do andar).

A responsabilidade pelo ensino vem diluindo-se até chegar à enfermeira. Esta participa pontualmente na educação programada. As enfermeiras "principalmente participan cuando ya está todo estructurado. (...) Cada una trabaja sobre las clases que elige. También se encargan de la formación práctica" (supervisora). a formação prática é realizada através "de la educación incidental (...), que la está haciendo diariamente" a seu pessoal auxiliar e as alunas de enfermagem. (enfermeira-chefe)

Verifica-se que o aprendizado ocorre principalmente durante o "fazer", através de um processo lento e assistemático, às vezes permeado por cursos rápidos de treinamento.

### 2.2.3. Níveis de qualificação nas instituições estudadas.

Como constatado, em cada instituição estudada, foram encontradas diferentes categorias e níveis de qualificação em relação ao conteúdo e significado do trabalho, além dos diferentes graus de autonomia.

No "Hospital de Clínicas", a estrutura hierárquica é assim compreendida: **Diretora da Divisão de Enfermagem; Diretoras do Departamento do Pessoal e do Departamento de Educação e, posteriormente, a enfermeira supervisora; a enfermeira-chefe de piso; a enfermeira da unidade e a auxiliar de enfermagem.**

Na outra instituição, CASMU, devido a sua complexidade e tamanho, que inclui 4 sanatórios além de ambulatórios, existem outros níveis hierárquicos. No primeiro nível encontra-se a Enfermeira-chefe do Departamento de Enfermagem; num segundo nível, a enfermeira assistente do Departamento; a enfermeira-chefe de sanatório; a supervisora de área; a supervisora de turno; a chefe de setor; a enfermeira da unidade e, por último, num mesmo nível, a auxiliar de enfermagem e o ecônomo. (50)

---

<sup>50</sup>. Tanto os níveis de qualificação Diretoras do Departamento de Pessoal e de Educação, Assistente do Departamento como os ecônomos, não foram entrevistados devido a que seu papel não tem ingerência direta nas relações de trabalho nos serviços estudados. O ecônomo corresponde à mesma categoria de qualificação que a auxiliar de enfermagem, mas tem outro nível de qualificação devido ao tipo de trabalho que desenvolve. Encontra-se em áreas especiais como, por exemplo, na UTI, e colabora com a supervisora desta área, na centralização de materiais e equipes específicos, e

Apesar das diferenças nos níveis de qualificação existentes em termos do conteúdo e significado do trabalho, na prática existe confusão nos papéis e superposição de muitas tarefas. Uma enfermeira entrevistada coloca: "referido a funciones en el trabajo, practicamente hacemos todos todo, no hay una diferencia entre lo que hace uno y lo que hace otro" (enfermeira).

De fato, não existe consenso na definição das tarefas a serem realizadas por cada categoria. Cada instituição estabelece as suas, segundo seus interesses, mas, ainda assim, esta descrição não é compartilhada em sua totalidade pelos trabalhadores de enfermagem. Por exemplo, com relação ao desempenho da enfermeira, uma enfermeira-chefe entrevistada afirma: "la enfermera realiza el cuidado del paciente grave". Para a supervisora da outra instituição: "tratamos (...) que la enfermera jerarquice con que paciente debe estar. Jerarquizar que paciente es el que realmente necesita más, no es el que tenga más cuidados, ni el más grave. En este momento, eso lo han tenido que mejorar rapidamente, porque es la única forma de que ellas puedan tener tres salas a cargo. Tienen que jerarquizar muy bien que es lo que van a hacer con tres salas y con los pacientes". A escassez ou falta de pessoal de enfermagem nos serviços se torna evidente nas entrevistas e é identificado como uma das causas na confusão dos papéis a serem desempenhados na enfermagem.

"Si este hospital llegara un día a lo ideal de tener toda la capacidad de gente que

distribuição dos mesmos, segundo necessidades, nos diferentes turnos de trabalho.

debería trabajar acá, entónces habría más nurses que se encargarían de una sala. Por ejemplo, teniendo en cuenta la descripción de cargo, los inyectables y las curaciones ya serían actividades que corresponderían a la enfermera universitaria". Porém, na realidade essas e outras atividades que na descrição de cargo correspondem à enfermeira, são realizadas pela auxiliar.

Vejamos outro exemplo, neste outro depoimento de uma chefe de piso:

"Yo considero que el cargo de supervisora no debería existir, ya se lo dije a la jefe de la División de Enfermería, porque como que está superpuesto con el mío. (...)

La supervisora ha venido a decirme en que querés que te ayude, cuando hemos estado mal de personal, viene y se me ofrece para supervisar una sala. Yo no quiero que la supervisora haga eso, yo quiero que la supervisora haga otra cosa, (...) por ejemplo algunas cosas que yo no puedo hacer. (...) Yo no quiero que la supervisora venga a hacer lo mismo que yo".

Ainda encontramos outro exemplo, desta vez refletindo a confusão dos papéis da supervisora e da enfermeira-chefe.

"Yo creo que los papeles están un poco mezclados (...), en la práctica está todo tan entreverado (...), te explico porque. Si alguien te pide licencia, tú tenés que resolverlo, pero tú no tenés la competencia para resolverlo, es como algo que te viene gratis. Si yo me paso de las extras, la directora no le dice a la enfermera jefe de sanatorio, para que me diga a mí que me pasé de las extras, me dice directamente a mí.

Llega hasta tal la deformación, que hay otros departamentos que piensan que somos jefes y nos tratan como tales. La jefe de sanatorio no tiene ni idea de lo que son nuestros inventarios, ni de lo que yo planifico". A confusão é também evidente, pelo usufruto de uma autonomia que não corresponde à categoria de qualificação na qual trabalha.

Estes exemplos, ocultam uma outra explicação para esta confusão no desempenho das tarefas e responsabilidades na enfermagem, que consiste na luta pelo poder através da apropriação do saber-fazer correspondente a níveis de maior qualificação.

Em ambas instituições o último nível de qualificação corresponde às auxiliares de enfermagem. Este pessoal semiqualficado em termos do conteúdo e do significado do trabalho, tem, como vimos, escassa autonomia ou poder de decisão com referência à definição do seu trabalho. Lembremos que a subordinação aumenta à medida que diminui a qualificação.

O papel da auxiliar de enfermagem se diferencia do papel da enfermeira porque:

"La nurse coordina la actividad del sector, la auxiliar se dedica a su propio paciente". (enfermeira-chefe)

"La auxiliar trabaja con las directivas de la enfermera profesional del área".  
(supervisora)

Noutro depoimento correspondente a uma enfermeira-chefe, é esclarecida a responsabilidade que este pessoal tem no trabalho. Somente "tiene la responsabilidad del cuidado directo del enfermo en aquellos cuidados de enfermería que le son delegados", ou seja, este pessoal tem o menor poder de decisão, com referência à definição das tarefas a ser realizada por ele, de todos os níveis de qualificação existentes.

Por sua vez, esta categoria sofre internamente um falso processo de qualificação/desqualificação em termos de seu significado e conteúdo do trabalho, a partir de sua divisão em três categorias, como coloca esta enfermeira no depoimento a seguir. "Actualmente el sanatorio tiene 3 categorías, de tercera que es cuando recién entra, de segunda (...) y de primera. (...) Desde hace un tiempo se está exigiendo que asciendan por cursos, la gente hace un curso y si lo aprueba recién asciende de categoría. También se exige que tenga determinados años de experiencia. Para pasar de una categoría a otra, son 5 años. La diferencia de trabajo no existe en la práctica". Porém, a única pequena diferença que existe é no salário. A atividade a desenvolver não exige uma maior qualificação, só é exigida pelo posto de trabalho.

Com relação ao nível de conhecimentos, é reconhecido por uma auxiliar que, num momento crítico pelo qual passaram na UTI devido à falta de pessoal, as auxiliares tiveram que ocupar o lugar da enfermeira e, "el nivel bajó, evidentemente bajó. No teníamos en quien apoyarnos las que estábamos haciendo y dirigiendo la

enfermería."

Contudo, uma enfermeira referindo-se ao conhecimento científico das auxiliares, coloca: "ellas dicen que saben más porque dicen que tienen muchos años de experiencia". E relacionando este conhecimento com o conhecimento da enfermeira afirma: "pero, (...) sabemos más nosotros, porque nuestro bagaje científico-tecnológico es mayor. Nosotros tenemos otro conocimiento, otra preparación, tenemos además una mente mucho más abierta y más capaz de captar cosas, que la de ellos, porque ellos no están preparados. No porque ellos sean incapaces, sino simplemente porque no han recibido la preparación."

Para outra enfermeira, poucas auxiliares de enfermagem têm os conhecimentos necessários para a realização do trabalho da enfermeira. "La mayoría tiene menos conocimientos. Lo que sí tiene es mucha práctica, todo el manejo del ambiente".

Aqui também, na prática, a definição de tarefas segundo o nível de qualificação não é respeitada. "Lo que sucede es que muchas veces la carencia de enfermeras profesionales, lleva a que las auxiliares que tienen gran experiencia práctica pero sin base teórica suficiente,(...) hagan todo lo que hace la nurse." (supervisora)

A auxiliar "va asumiendo desde su ingreso algunas tareas. Éstas se van asignando de acuerdo a lo que uno puede ver de responsabilidad y de rendimiento en la auxiliar". (supervisora)

Esta situação faz com que as auxiliares "se sientan con el derecho a exigir una

remuneración acorde. La enfermera incluso, se ha puesto conciente de que es una auxiliar, una auxiliar de lujo. Si bien la diferencia es mínima, ellas (las auxiliares) quieren ese reconocimiento y por lo tanto exigen una remuneración similar” (enfermeira-chefe).

As auxiliares percebem que a qualificação, entendida não só como conhecimento científico mas como experiência prática, é uma forma de poder, que pode levá-las a melhores condições de trabalho e de vida.

### 3. As formas de resistência cotidianas no trabalho de enfermagem.

A organização do trabalho reflete um processo dialético de conflitos que expressam as formas de poder e resistência presentes nas relações de trabalho. A resistência cotidiana é identificada por Castoriadis como uma "contraorganização certamente parcial, fragmentária e móvel, mas não menos efetiva, sem a qual não somente não poderiam resistir à direção, mas nem mesmo poderiam realizar seu trabalho" (Castoriadis, 1985:62).

Na saúde, a partir da cristalização das relações de poder do médico sobre a enfermagem assim como também das enfermeiras sobre as auxiliares se estabelecem formas cotidianas de resistência e submissão à organização deste trabalho que possibilitam a sobrevivência do próprio profissional de saúde no seu espaço de trabalho.

A finalidade deste tópico é apresentar brevemente as formas cotidianas de resistência construídas pelos profissionais médicos e de enfermagem, nas instituições de saúde estudadas.

É percebido que, a partir da submissão ou subordinação da enfermeira ao trabalho médico é que se desenvolvem formas individuais e espontâneas de resistência

ao poder médico.

"Yo le insisto al personal que está en la visita médica, pero después a la distancia, viéndolo de afuera, veo que disparan de la misma porque no se las respeta. Terminan siendo como unas momias a las que no se les pregunta nada. Están ahí para ver lo que escriben, pero no te preguntan nada sobre el paciente. Entónces para que estás parada ahí. Yo me doy cuenta que le estoy pidiendo una cosa para la que no estoy creando la condición (no le encuentro la forma tampoco), para que se lo respete". (supervisora do setor)

As enfermeiras e auxiliares aceitam e resistem à subordinação ao médico no ritual da visita médica. Os rituais presentes na enfermagem, não só reforçam a ordem estabelecida mas também abrem brechas que "se não contestam o estabelecido pelo menos assinalam suas contradições" (Chauí, 1986:126-27).

Uma outra estratégia de resistência ao poder médico se desenvolve nas enfermeiras a partir de uma forma de relacionamento chamada "Jogo do doutor e a enfermeira".

"Depende de la habilidad de cada uno de nosotros, lo que le cuestionemos al médico. Pero como que no vamos con el fundamento científico, vamos como pidiendo de favorcito. te digo porque a mi me pasa. A veces veo, que en un paciente algo está mal de acuerdo a mi información y, si voy con toda la base científica, cómo la enfermera le va a cuestionar algo? Entónces hay que ir haciéndose como la tonta y

preguntar: - Dr. no te habrás equivocado? Porque vi y tengo dudas. O sino: - Dr. no me explicarías, porque no entiendo?" (supervisora)

Este jogo como vimos, permite ao médico não deixar de exercer o seu controle sobre a enfermagem, e permite à enfermeira vivenciar autonomia e poder em função de sua habilidade.

Este tipo de relacionamento vai permitir: "que los médicos entiendan que son como nosotros (...), que ocupan un lugar distinto al nuestro, pero que tienen que aceptar lo que nosotros decimos también, las sugerencias y todo". (auxiliar de enfermagem)

Também o médico resiste às sugestões ou opiniões sobre o estado e tratamento do paciente porque "a veces los compañeros tienen que insistir cuando uno observa algo de gravedad del enfermo y piensa que eso puede ser revertido" (auxiliar de enfermagem).

Por outro lado, esta resistência no médico é ambígua, desde o momento em que é "capaz de conformismo ao resistir, capaz de resistência ao se conformar" (Chauí, 1986:124).

"Se habla muchas veces que el médico puede tratar mal a enfermería, despoticamente, pero se puede dar la relación inversa (...). Hay falta de respeto de enfermería hacia el médico en ciertos casos (...) Yo creo que el médico cada vez se lo respeta menos en la sociedad (...) y eso puede ser la base para la falta de respeto en

el trabajo (...). Lo que antes era el médico, un señor de levita, un caballero, ahora es cada vez menos y eso lleva indefectiblemente a ser tratado mal" (médico).

Este médico identifica distintos graus nesse disrespeito para com a sua prática que "puede ser más notoria o puede ser más sutil. (...). Lo sutil (...) es tener que andar buscando al personal que se desaparece, que vas a preguntar y no se sabe donde está (...). Hay que estarlos trayendo para hacer algo (...) y uno se da cuenta que es mala voluntad. (...) Pero lo más grave sería, desde hablar de mala manera hasta te diría, de no cumplir bien las indicaciones que se hacen o (...) poner en tela de juicio el tratamiento o determinadas conductas que decide el médico hacia el enfermo" (médico).

Considerar ambígua à construção da resistência "é reconhecer-la expressão de práticas sociais também ambíguas" (Segnini, 1993:10). Como coloca Schilling, a resistência é "portadora de ambiguidades, por momentos parecendo uma ilusão pois reprodutora da ordem fundamental e de sua lógica, por momentos portadora de recusas que questionam profundamente essa ordem e a lógica que a sustenta" (Schilling, 1991:5).

Existem especificidades na construção da resistência no "Hospital de Clínicas": "los problemas nuestros son, las llegadas tarde, las faltas con o sin aviso, o de pronto se certifican y no avisan" (supervisora).

Estas formas de resistência espontâneas aceitas pelas entrevistadas, respondem

à situação de crise que atravessa o "Hospital de Clínicas" tanto pelo escasso orçamento anual, que determina "la carencia de personal, la sobrecarga de trabajo, el bajo incentivo monetario y la falta de material que lleva a que a veces, no haya nada para hacer determinados procedimientos o determinada medicación". (enfermeira)

"No digo que somos grandes faltadores, pero hay gente que falta. (...) Hay días que también yo lo he sentido, pero si uno piensa así, falta todos los días o no quiere trabajar entonces, como uno tiene a veces un sentido de la responsabilidad por ahí inculcado en la educación de cada uno, entonces uno trata de cumplir. Además uno tiene que pensar que los otros compañeros están en igual situación que uno y si todos pensamos así, nadie viene a trabajar" . (auxiliar de enfermagem)

Neste depoimento novamente aparecem construindo a resistência, as duas dimensões inseparáveis. Por um lado, as condições de trabalho levam à recusa do trabalho que, por sua vez gera um sentimento de responsabilidade no trabalhador frente a ele mesmo e frente a seus colegas.

Nas entrevistas com os profissionais de enfermagem são identificadas diferentes estratégias de resistência face ao controle hierárquico.

É reconhecido coletivamente que neste momento "nadie quiere ser mandado por nadie" (enfermeira chefe de setor), e coloca um exemplo:

"En este momento hay una auxiliar de enfermería que no quiere trabajar con nurses (...), ella mas bien hace lo que le dice el médico y no lo que le dice la



enfermera. (...) Son cosas sin fundamento porque por ejemplo, si yo te digo:

-vamos fulanita alcanzame las cosas que vamos a colocar una sonda vesical, ella te va a decir:

-no, yo primero le voy a alcanzar al médico un cortante para sacar puntos”.

(enfermeira chefe de setor)

Esta estratégia de resistência apoiada na ação individual é efetiva porque “introduz a desordem na ordem” pretendida. (Chauí, 1986:178)

Temos ainda outro exemplo:

“No estábamos de acuerdo con la supervisión que había en el CTI, era muy mala. Como yo era la más vieja, hablé con los médicos. Ya realmente era un caos, todo el mundo se quería ir de vuelta. Se sacó a esa persona y se trajo a la actual nurse. Hablé con la Junta, yo sabía del trabajo de esta nurse y a partir de ese momento el CTI retomó un nivel cada vez mejor, cada vez mejor”. (auxiliar de enfermagem)

O não e a recusa como estratégias de resistência individual ou coletiva também podem levar à sanção.

Uma chefe de enfermeiras faz referência a uma situação que no trabalho a obrigou a sancionar a um subalterno porque “había cometido unas irregularidades en el trámite, cobraba diferente remuneración por le tarea que hacía, y no la había hecho. Entónces yo le pasé una nota de observación. Esta persona se negó a firmar la nota y ahí, yo la elevé a la Dirección y entónces fue peor porque se llevó una sanción de

3 días". (enfermeira-chefe)

A recusa à assinatura na nota de observação, segundo esta enfermeira, é um fato muito pouco frequente. Também teve trabalhadores que não assinaram o anecdotário<sup>51</sup>(51) por não concordarem com este. "Porque hay gente que rechaza, tiene miedo que tu lo puedas usar para otra cosa. (...) Yo trataba de que me firmaran después de anotar lo que hablábamos los dos". (supervisora) E continua, por isto "yo lo llevé un tiempo al anecdotario y luego lo abandoné" (supervisora)

A desordem da ordem leva também à observação de um grupo de auxiliares pelo não cumprimento das ordens dadas pelos profissionais de maior nível hierárquico é identificado pela própria auxiliar envolvida na situação, como um ato que reflete "un poco de rebeldía de parte de nosotras." (auxiliar de enfermagem). A ambiguidade encontra-se novamente presente neste discurso. "Yo estaba de tarde, estábamos una auxiliar por sala y la nurse de piso. Llamaron de la División para saber el personal que había, y decidieron que una tenía que ir a otro piso. Nosotras nos negamos, me salté por encima de las jerarquías. (...) La nurse de la División nos hizo un comunicado y se lo mandó a la jefe de piso (...), porque eso era considerado omisión de asistencia. (...) Nosotras no lo veíamos como omisión de asistencia, porque de lo contrario

---

<sup>51</sup>. Anecdotário é um documento que contém os registros de situações e observações diretas do desenvolvimento do trabalho e realizadas pela enfermeira que tem pessoal subalterno sob sua responsabilidade. Também podem ser registradas as dificuldades pessoais dos profissionais no trabalho, cuja finalidade é a avaliação, ou situações que por seu carácter possam levar à observação ou sanção profissional do envolvido. Nele se descreve não só a situação mas também, as pessoas involucradas e condutas adotadas pelos superiores hierárquicos. Uma vez documentado pode ou não notificar-se ao involucrado.

estaríamos dejando la sala nuestra también sin atención. Pudimos hacer los descargos, y ahí fue donde pidieron nuestra evaluación". (auxiliar de enfermagem)

En consequência esta auxiliar coloca posteriormente, que à avaliação "no la tomé tan en cuenta. No me cambió para nada. (...) Será que el propósito de esa evaluación era ver, por parte de las nurses de la División, como estaba trabajando ultimamente. La finalidad era diferente de las habituales. (...) Esta evaluación, como yo estaba en un momento de rebeldía, no me preocupó, no me interesó. Pero otras sí, hace años, cuando hacía poco que yo estba acá, ahí sí, creo que yo cambié". (auxiliar de enfermagem)

As sanções exemplarizantes pretendem voltar o desordem à ordem, mas a própria sanção desenvolve novas estratégias de resistência ao controle hierárquico.

Outros exemplos podem ser apontados das estratégias individuais de resistência para as quais antigamente estava prevista a sanção: "olvidarse de firmar una medicación y entónces a esa persona la sancionaban economicamente. No resultó para nada, porque la gente cada vez estaba y se sentía peor y cometía más faltas" (auxiliar de enfermagem) ou como coloca outra auxiliar, porque: "yo no anotaba en las historias clínicas. (...) Me dijeron que no anotaba bien, que no explicaba como curaba. Estuve en desacuerdo en general con todo (...). Yo les dije que a mi no me importaba mucho esa evaluación. (...) Yo no voy a cambiar por una evaluación que me hagan. (...) A veces pienso que es peor porque, después que me dijeron que anotaba mal en las

historias clínicas, (...) decidí anotar menos, sólo se curó". (auxiliar de enfermagem)

Os registros no trabalho permitem exercer o controle hierárquico sobre os diferentes profissionais. No cotidiano da prática de enfermagem eles são aceitos e por sua vez recusados. "Si encontrás algo en la historia sin hacer, es porque la nurse no le puso el círculo. Cuando se los decís, te dicen: si, si, tenés razón. Me dan la razón como a los locos, pero no encontrás que reviertan la situación". (supervisora)

Com relação ao cuidado direto dos pacientes, a mesma supervisora coloca:

"Yo quisiera que la nurse estuviera más dentro de la unidad. Hay mucho papeleo para hacer, pero no tanto como el tiempo que le dedican. Yo a veces he puesto o he dado de expreso tareas asistenciales a la nurse, y las rechazan, no lográs que las hagan. Quien lo hace o siempre está dispuesta a hacerlo, es la nurse que tu entrevistaste, pero ella fue auxiliar de enfermería. Ella es rápida, pero es mas manual que pensante. Las otras están sentadas ahí y como que no se dan cuenta, que hay cosas para hacer". (supervisora do setor)

As auxiliares opõem-se ao poder das enfermeiras ao mesmo tempo que se submetem a este. "Ha pasado de entrar nurses nuevas, que trabajan más con el paciente, y el personal auxiliar me ha llamado al comienzo del turno por problemas de interrelaciones y, cuando se han ido, cosa paradógica, el personal te habla muy bien de esas nurses. Me refiero a esas nurses que dicen: vamos a aspirar las secreciones de ese paciente, vamos a ver como están esas secreciones. Como que las auxiliares, se

han acostumbrado a que nadie las controle" do pessoal de enfermagem, porque como vimos são controladas pelo médico ainda que não seja percibido por elas. "Como que no les gusta que les vayan a hacer alguna indicación. Uno ve de lejos el rechazo y, si no encuentran peso de solvencia en esa persona, automáticamente la bloquean" (supervisora de setor)

As nurses que conseguem trabalhar com o pessoal auxiliar na UTI, são consideradas por estes trabalhadores como "muy amistosas, ellas no quieren poner el cargo de nurse, ellas se integran con nosotros. No quieren hacer la separación entre ellas nurses y nosotras las auxiliares, eso es muy importante. Aceptan las sugerencias en la distribución del trabajo. Les decimos: me parece que acá te equivocaste. Entónces como ellas no quieren prevalecer como que son nurses, porque ya hubo un problema de este tipo aqui hace tiempo, aceptan" (auxiliar de enfermagem), evitando desta maneira o conflito e demonstrando o conformismo nesta atitude.

Este mesmo exemplo de resistência nas relações estabelecidas entre as práticas da enfermeira e da auxiliar da UTI é colocado por um médico:

"Yo creo que no hay una adecuada distribución del trabajo, porque se subvierte. Por ejemplo, yo he visto situaciones en las cuales después de que una nurse efectúa la distribución de tareas, se suscita una violenta discusión entre dos auxiliares de enfermería, la última vez lo vi hace una semana. Una violenta discusión (...) porque consideran que a una le tocó mucho trabajo y a la otra no y por lo tanto sale

beneficiada. (...) No me parece que eso se pueda cuestionar, tampoco me parece que se le pueda cuestionar a un médico las indicaciones médicas" (médico)

Por último, as auxiliares também se resistem a ser chamadas desta maneira. Uma auxiliar coloca: "me parece ridículo eso de ser llamadas de auxiliares" (auxiliar de enfermagem) e, exigem ser chamadas de enfermeiras pelos pacientes. Da mesma forma as enfermeiras retificam ao paciente que as chama de enfermeiras, exigindo sutilmente ser chamadas "nurse".

O objetivo deste tópico não foi esgotar nem fazer uma análise aprofundada da resistência mas, tão somente apontar para a existência da resistência e de seu carácter ambíguo no interior das relações de poder centradas no saber, presentes na prática de enfermagem.

## CONCLUSÕES

A profissão enfermagem é uma prática articulada ao conjunto das práticas sociais e, principalmente, à prática médica. Compreender esta articulação é compreender também as relações de poder que se estabelecem a partir do saber apropriado na saúde e na enfermagem.

A prática médica, a partir de sua vinculação com o poder político-econômico do mercantilismo (século XV-XVIII), reorienta-se e determina uma extensão institucionalizada da mesma para o âmbito de toda a sociedade. Trata-se da medicalização da sociedade.

Na análise histórica da prática médica revela-se que até meados do século XVIII esta convive e tolera outros agentes de cura tradicionais. Posteriormente, num lento processo, a partir da medicalização do hospital, a prática médica vai num primeiro momento, controlar a prática destes agentes tradicionais de cura, depois limitá-los, e, mais tarde, os subprofissionaliza. Do processo de expropriação por parte dos médicos do saber de saúde, transformando-o em saber médico, resulta o fenômeno da hegemonia médica na saúde. O saber deixa de ser patrimônio comum a todo grupo social e passa a ser monopolizado exclusivamente pelos médicos, sujeitos estes socialmente legitimados, que detendo o conhecimento e a técnica têm o controle do processo de trabalho.

Existe uma perda progressiva de autonomia dos que exercem a saúde, assim como também da desqualificação destas práticas devido a que o conhecimento positivo da prática médica é compreendido como verdadeiro e único. A implantação do poderio médico, com a apropriação do conhecimento de saúde, foi construída num processo de múltipla determinação: a) relação orgânica dos médicos aos interesses das classes dominantes (detentores do poder decisório da ação em saúde); b) controle deste grupo sobre o processo de profissionalização dos outros que exerciam as ações de saúde, sobre a formação e a emissão das normas disciplinadoras do exercício profissional e; c) apropriação dos cargos administrativos gerenciais das instituições de saúde a serviço dos interesses econômicos hegemônicos.

A enfermagem, enquanto prática social que vem sendo desenvolvida desde épocas remotas nas civilizações primitivas, também sofre transformações.

Na enfermagem pré-profissional, esta prática passa uma atividade compreendida como a extensão das atividades domésticas na família, a uma prática caritativa e de assistência ao corpo e ao espírito dos doentes (modelo religioso de enfermagem). Esta prática de cunho manual, exercida por mulheres não se vinculava à prática médica e, diferentemente desta, não requer nenhum preparo nem saber especializado.

Mais tarde, com a reorganização do hospital, as atividades manuais passam das mãos dos médicos às enfermeiras, e a enfermagem passa a ser uma prática controlada e subordinada pelos médicos através de mecanismos disciplinares.

O treinamento formal, principalmente prático desta nova enfermeira, obediente ao médico, se inicia em 1860. Florence Nightingale legitima a hierarquia e a disciplina

no trabalho de enfermagem, elementos estes que estarão presentes até o momento atual nesta prática. A hierarquia de poder é legitimada por Florence Nightingale quando determina o treinamento de dois tipos de alunas, as "ladies nurses" para o trabalho intelectual e as "nurses", para o trabalho manual.

Naquela época, a hierarquia estava baseada na diferenciação de classes em primeiro lugar e, posteriormente, na qualificação ou competência.

Florence Nightingale transforma a prática degradante de enfermagem, realizada até aquele momento, numa "sublime arte". Começa a organizar uma ideologia em torno da prática de enfermagem, como sendo uma vocação, um chamado, um trabalho que requer auto-sacrifício, presente até nossos dias. O modelo vocacional teve a função ideológica de valorizar o trabalho degradante de enfermagem desenvolvido até esse momento nos hospitais.

Também o controle passa a ser o elemento fundamental capaz de levar adiante o novo projeto administrativo hospitalar de controle de seus trabalhadores. Este domínio é efetivado pelos médicos com a colaboração das enfermeiras de classe social mais alta. As "ladies nurses" assumem o controle administrativo do trabalho de enfermagem.

A divisão técnica do trabalho de enfermagem desenvolve-se com Florence Nightingale, a partir do treinamento desses dois tipos de agentes e, depois, difunde-se primeiro nos EUA nas primeiras décadas do século XX e, posteriormente, aos países da América Latina. Assiste-se, a partir desse momento, a uma divisão progressiva do trabalho de enfermagem, utilizando cada vez maior quantidade de profissionais (sem

preparo formal) encarregados do cuidado do paciente, na busca da racionalidade do trabalho hospitalar. Estes agentes, chamados de equipe de enfermagem, constituem um coletivo de trabalho. Este coletivo que se apresenta na saúde, a partir das importantes modificações no interior da organização técnica e social do trabalho médico, também se manifesta na enfermagem.

O taylorismo, como forma de gestão capitalista do trabalho que estabelece o controle do trabalhador através de regras institucionais baseadas na aplicação de princípios que adequam o comportamento do trabalhador com o objetivo do aumento de eficiência e produtividade, também é adotado na enfermagem. A aplicação da disciplina do tempo à execução das ações de enfermagem, derão origem às técnicas que, como a operacionalização do trabalho, descrevem detalhadamente como se desenvolvem as diversas atividades de modo que as mesmas possam ser delegadas a outros, conseguindo, assim, economia de tempo, energia e dinheiro. A enfermeira apropria-se deste saber, sistematizando os cuidados, e, sob o seu controle gerencial, são delegados ao pessoal auxiliar para serem executados.

A preocupação na enfermagem com as técnicas e os procedimentos possibilitaram a modalidade funcional de atenção que se difunde desde as primeiras décadas do século XX para a América Latina e, ainda hoje, estão presentes na enfermagem uruguaia. Nesta modalidade de trabalho, os cuidados a serem prestados ao paciente são agrupados para fins de economia de tempo e de maior presteza na execução do serviço e distribuídos entre os diferentes profissionais.

A separação entre a concepção e execução do trabalho na enfermagem, permite

que sejam delegadas as tarefas, o que implica, também, delegação de responsabilidades; primeiro obedecendo princípios de comando e controle e, depois, baseando-se na qualificação do trabalhador. Existe também a conseqüente possibilidade de sanções pelo não cumprimento por parte do profissional das tarefas delegadas.

Uma outra forma de adequar o comportamento do profissional de enfermagem é conseguida através da aplicação da teoria administrativa da Escola de Relações Humanas. Esta nova forma de organização do trabalho de enfermagem, iniciada como experiência nos EUA em 1949, adotara a modalidade de trabalho em equipe fundamentando-se na hipótese de que a produtividade é função direta da satisfação no trabalho.

Acentua-se a participação do profissional em pequenos grupos de trabalho. Nestes grupos integrados por enfermeiras (as líderes), auxiliares, médicos, dietistas, assistentes sociais etc.), o profissional é valorizado e é buscada a sua máxima realização. As falhas na qualidade de atenção são colocadas em termos pessoais e funcionais. Desta maneira, e com este discurso, são ocultadas as relações sociais advindas da divisão do trabalho, reforçado o trabalho de gerência da enfermeira e acentuada a aplicação de operações e princípios da administração científica.

A modalidade de trabalho em equipe é ainda hoje incentivada na enfermagem uruguaia, porém é aceita pelos profissionais médicos e de enfermagem que não têm conseguido trabalhar desta forma. Este conflito é devido às próprias relações de poder que se estabelecem nesta modalidade de trabalho entre o médico e a enfermeira. O médico luta com a enfermeira pela gerência do trabalho de equipe, inviabilizando esta

modalidade de organização do trabalho e de assistência.

As diferentes expressões do saber identificadas na enfermagem (técnicas, princípios científicos e teorias) significam a necessidade por parte de seus profissionais de tornar científico e próprio este conhecimento. Porém, nesta busca, tanto as técnicas, que acompanham a especialização médica e a inovação tecnológica, quanto os princípios científicos para dar fundamentação às teorias, estão baseados nas ciências naturais e sociais que servem de apoio também à medicina.

As teorias por sua vez, buscam possibilitar uma fundamentação para a operacionalização do cuidado. Estas deveriam nascer da própria prática e direcioná-la, mais isto não ocorre na realidade. Foram elaboradas pelas elites de enfermagem e apropriadas nestes níveis, portanto não viabilizadas na prática diária dos agentes de enfermagem que estão prestando o cuidado ao paciente. Tampouco as enfermeiras que desenvolvem uma prática principalmente administrativa, de controle gerencial burocrático de toda a unidade, precisam do domínio deste saber para desempenhar tais tarefas. Portanto, o saber de enfermagem não é uma produção autóctone e sua aplicação, na prática, é difícil.

Com referência à reconstrução histórica do processo de formação profissional da enfermagem no Uruguai, destacaram-se as figuras dos doutores Scosería e Nery. Ressalta-se assim, a estreita vinculação ocorrida entre as práticas médicas e de enfermagem.

O início da profissionalização das enfermeiras uruguayas foi consequência do processo de expansão do poder médico na sociedade. A partir de sua vinculação com

os poderes estatais no início do século XIX, o médico passou a ocupar um lugar destacado quando da laicização da atenção à saúde no começo do Século XX (1910). Os médicos colaboraram na substituição das religiosas dos hospitais pelo pessoal auxiliar laico, devidamente capacitados por eles para a realização dos cuidados aos doentes. O novo projeto se concretizou com a criação da "Escuela de Nurses" em 1913, sob a direção de um médico (Carlos Nery) e com a colaboração de 5 enfermeiras inglesas, trazidas especialmente como instrutoras. O objetivo desta nova instituição foi não só a capacitação do pessoal auxiliar para o cuidado do doente e para a administração hospitalar, mas também a criação de um novo campo de atuação para às atividades femininas. Desta maneira, no Uruguai, o modelo religioso de enfermagem é substituído no começo do século XX pelo modelo vocacional ideado pelos médicos. A enfermagem concebida pelos médicos, como uma nova profissão feminina, a partir da criação da escola, estará muito mais subordinada ao homem que outras profissões femininas porque o médico além de exercer poder, desfruta do prestígio e do conhecimento. Nesta relação profissional, ele é quem define o objeto de trabalho da enfermeira. A subordinação das enfermeiras ao poder médico se faz efetiva não só no trabalho hospitalar mas, também, no próprio processo de formação. Os médicos definiram as características do ensino e do currículo, e foram também seus professores desde a criação da escola e por mais de quatro décadas.

A concepção deste novo pessoal auxiliar esteve permeado desde suas origens pela ideologia das aptidões naturais. As aspirantes tinham que possuir determinados atributos (de mulher) que seriam imprescindíveis para sua aceitação na escola. Esta

ideologia que justifica as desigualdades sociais foi reproduzida, também, pelas primeiras enfermeiras responsáveis pela direção das escolas de enfermagem.

A partir do trabalho empírico realizado nesta pesquisa, diferentes conclusões podem ser apontadas. O estudo das representações do cotidiano de trabalho, na enfermagem uruguaia, revela uma série de elementos ideológicos que permeiam esta prática e contribuem para a construção da identidade profissional. Entre eles encontram-se a vocação, que embora tenha surgido no momento da profissionalização da enfermagem, em fins do século XIX, para substituir o modelo religioso de atenção aos doentes, também expressa o caráter místico que até este momento, manifesta esta prática no Uruguai.

O aspecto humanístico aparece ligado à idéia de serviço universal, de ajuda aos outros. A profissão enfermagem encontra sua legitimidade social ao nível ideológico, no serviço que oferece à sociedade e, por sua vez, oculta a real seleção da clientela no serviço de classe que se desenvolve.

A condição feminina é outro dos elementos ideológicos que têm permanecido ao longo de toda a história de enfermagem. Este elemento transparece nas representações feitas pelos profissionais de enfermagem porém em geral, muito mais destacadamente pelos médicos. Os atributos femininos necessários para a construção do perfil da enfermeira permitem um cuidado carinhoso, bondoso e doce, e tenta afiançar o estereótipo feminino no campo da saúde.

Ligado à condição feminina da enfermagem, encontra-se o cuidado maternal que é considerado como uma qualificação natural das mulheres, consideração esta que pode

levar à resignação e à reprodução das relações de opressão presentes na sociedade e na saúde e, ao mesmo tempo, tenta aproximar o mundo do público (o trabalho no hospital) do privado (o lar).

O cuidado direto do paciente é outro elemento ideológico constitutivo da representação do trabalho cotidiano da enfermeira. Nem todas as enfermeiras valorizam de igual forma este elemento no desenvolvimento de sua prática. Para umas, o trabalho manual valoriza esta prática social e, para outras, é um elemento de desvalorização da enfermagem. O cuidado direto do paciente é indicativo da aceitação implícita e da justificação da divisão do trabalho, ainda muito forte entre as enfermeiras e principalmente entre os médicos.

Foi possível identificar que os depoimentos que valorizam este tipo de atividade realizada pela enfermeira correspondem aos profissionais dos níveis de qualificação inferiores, os quais desenvolvem unicamente estas atividades. Contrariamente, os profissionais dos níveis de qualificação superior, consideram que o cuidado direto do paciente desvaloriza a enfermagem, ou seja, não é aceito na enfermagem exclusivamente o trabalho manual.

Também para os médicos este é um elemento de muita importância, porque reafirma a divisão do trabalho estabelecida na saúde e ratifica enfaticamente a dependência da enfermeira do ser trabalho, assim como o caráter subalterno desta profissão. Ou seja, este elemento liga-se a um outro muito forte na saúde e também na enfermagem: a subordinação ao trabalho médico. A subordinação da enfermeira ao

trabalho médico implica uma dependência formal extraordinariamente rígida com este. Por outro lado, o caráter ambíguo nas próprias práticas sociais possibilita a inversão desta relação de subordinação, fazendo com que a profissão médica dependa no seu exercício da prática da enfermeira.

O último elemento ideológico encontrado nos depoimentos das enfermeiras se constitui como um dos aspectos fundamentais na imagem da enfermeira: é a obsessão pela higiene refletida na apariência externa. A correta postura pessoal irrepreensível quanto ao uniforme, penteado, calçado e equipamentos, é valorizada pelas enfermeiras como atributo positivo da enfermeira padrão, tem um claro valor simbólico e responde à necessidade de reconhecimento e prestígio buscada desde fins do século XIX por Florence Nightingale.

Todos estes elementos ideológicos vão se interiorizando na sociedade, no interior da família, na escola de enfermagem e no próprio trabalho num processo de socialização que tem por função justificar as desigualdades sociais, além de ocultar os conflitos gerados na prática de enfermagem pela forma de organização do trabalho na saúde e na enfermagem.

A análise da prática cotidiana de enfermagem aponta novos elementos ainda pouco explorados nesta prática pela bibliografia existente e que constituem o nosso aporte. Expressa-se uma contradição entre o seu caráter subordinado à prática médica e a busca por parte de seus profissionais da autonomia necessária a qualquer atividade profissional. A autonomia permitida pelos médicos às enfermeiras no cuidado do paciente hospitalizado é restrita. Refere-se unicamente aos cuidados higiênicos, de

posição, e alguns cuidados considerados necessários para a manutenção ou recuperação da saúde.

Na busca da autonomia a enfermeira estabelece um tipo de relacionamento especial com o médico baseado em habilidades especiais ou em aspectos de sua personalidade (feminina), além de poder utilizar a troca de favores que, desta forma, permite ao médico não deixar de exercer seu poder em função de sua habilidade.

Além destes cuidados a enfermeira tem autonomia na administração da sala, do setor e do departamento de enfermagem, responsabilizando-se pelo serviço e pela manutenção e controle da qualidade do mesmo.

A autonomia possível na enfermagem é vivida na prática cotidiana dependendo da qualificação. Esta é entendida não só como conhecimento científico mas também como experiência prática para cada nível e categoria de qualificação, segundo o conteúdo do trabalho e o salário, corresponde um status de qualificação. Predomina a maior qualificação nas categorias hierárquicas superiores e a semiquificação nas categorias inferiores (enfermeira e auxiliar), entendida como perda gradativa do significado e conteúdo do trabalho além da perda do controle e da autonomia.

A história da enfermagem tem sido permeada, contraditoriamente, de momentos de qualificação e desqualificação do trabalho de seus profissionais. O primeiro momento quando a enfermagem se constitui como atividade manual delegada pelos médicos no hospital. O segundo, quando Florence Nightingale institucionaliza a subordinação da nova enfermeira ao médico. Por último, o terceiro se suscita a partir da divisão progressiva do trabalho médico e da enfermagem.

A participação institucional da enfermeira, ou seja, as dimensões de decidir e criar com relação ao próprio trabalho, aparece nas representações dependendo do nível hierárquico. Este, por sua vez, expressa o grau de autonomia e de qualificação desse trabalhador. O controle das decisões sobre o trabalho nos níveis mais altos de qualificação é assegurado pelo monopólio do saber sobre o trabalho. Desta forma, confere-se valor ao saber teórico-científico adquirido principalmente através de cursos sistematizados.

Por outro lado, são mostradas as contradições no discurso da enfermagem quando se coloca que a participação institucional é algo ilusório.

A responsabilidade é outro elemento que está relacionado com o nível de qualificação. A cada categoria de qualificação corresponde um nível de decisão ou responsabilidades. Todas as responsabilidades com o trabalho intelectual (administrativo, docente, investigação) correspondem aos níveis de qualificação superiores, diluindo-se desde o nível mais alto, da chefe de enfermeiras até a enfermeira. As responsabilidades com o cuidado do paciente (trabalho manual) correspondem aos profissionais dos níveis de qualificação inferior como as enfermeiras, às vezes, e ao auxiliar, sempre.

A responsabilidade pelo ensino como forma de gerar comportamentos adequados nos profissionais às necessidades do trabalho, através do consenso e adesão aos objetivos e à ideologia não só da instituição mas também da profissão, está centralizada nos níveis mais altos de qualificação.

A qualificação, entendida não só como a apreensão de conhecimentos

científicos, mas também como uma aprendizagem a partir da experiência prática, é percebida na enfermagem como uma forma de poder que converte-se numa aspiração individual.

Este componente faz referência a um outro elemento encontrado: a ambiguidade existente nas próprias práticas sociais expressa no discurso e na prática do profissional de enfermagem e médico. Ambiguidade esta, constituída de duas partes inseparáveis e simultâneas, que se apresenta na prática cotidiana da enfermagem como formas de resistência e submissão às relações de poder centradas no saber que se estabelecem à partir da organização do trabalho na saúde e na enfermagem.

## BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, E. & FRIGIO, A. "Proceso histórico de la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery" in: Ministerio de Salud Pública. Escuela Universitaria de Enfermería "Dr. Carlos Nery". Circular informativa. Año 2, vol. 1. Montevideo, mayo de 1975.
- ABRAHAM, E. & RUA, R. "Proceso histórico de la Escuela de Nurses "Dr. Carlos Nery" in: Ministerio de Salud Pública. Escuela de Nurses "Dr. Carlos Nery". Circular Informativa. Año 1, vol.2. Montevideo, dic. de 1974.
- ALMEIDA, M.C.P. de & ROCHA, J.S.Y. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo, Cortez, 1986.
- ARAÚJO & FLEURY. Previdência Social: 60 anos de História da Previdência social no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1986.
- BADINTER, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 3ª edição, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- BARRAN, J.P. Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1: El Poder de Curar. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1992.
- BISSERET, N. "A Ideologia das Aptidões Naturais" in: DURAND, J.C.G. (org.). Educação e hegemonia de classe: as funções ideológicas da escola. Rio de Janeiro, Zahar, 1979. (Biblioteca de Ciências Sociais. Sociologia e Antropologia)
- BRAVERMAN, H. Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- CARO, G. La medicina impugnada: la práctica social de la medicina en la sociedad capitalista. Barcelona, Laia, 1972.
- CASTORIADIS, C. A instituição imaginária da sociedade. Tradução de Guy Reynard. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- CATANI, A.M. O que é o capitalismo. 23 edição. São Paulo, Brasiliense, 1986.

Coleção Primeiros Passos (4).

- CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil.** São Paulo, Brasiliense, 1986.
- CHAUÍ, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas.** 4a. ed. rev. a ampl. São Paulo, Cortez, 1989.
- COHEN, H.A. **La enfermera y su identidad profesional.** Traducción Marta I. Guastavino. Barcelona, Grijalbo, 1988.
- COMISION NACIONAL DE CARIDAD Y BENEFICENCIA PUBLICA. **HOSPITAL DE CARIDAD. Memoria correspondiente al año de 1899.** Montevideo, Imp. "El Siglo", 1901.
- CORDEIRO, H. "A medicina de Grupo e o Complexo Médico-industrial", in *Revista de Administração Pública.* EBAP, 17 (3). Rio de Janeiro, 1983.
- CRIVELLARI, H. & MELO, M. **Saber-fazer: implicações da qualificação.** (mimeo) s/d.
- DE MARIA, I. **Memoria histórica del Hospital de Caridad de Montevideo, desde su fundación.** Montevideo, Imp. Tipográfica a vapor, 1864.
- DE PALMA, A. "La organización capitalista del trabajo en El Capital de Marx", in: PANZIERI (et alii.). **La División Capitalista del Trabajo.** Buenos Aires, Ediciones de Pasado y Presente, 1972.
- DEYON, P. **O mercantilismo.** São Paulo, Perspectiva, 1973. Coleção Khronos.
- DOMINGUEZ-ALCON, C. **Los Cuidados y la Profesión Enfermera en España.** Madrid, Ediciones Pirámide, S.A., 1986.
- DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade.** 2ª edição, São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias.** Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- DOTTA de ALVAREZ, B. (et alii.). "Evolución de la Enfermería en el Uruguay" in: **Situación Nacional de Enfermería.** Escuela Universitaria de Enfermería. Publicación N° 4. Montevideo, 1967.
- DURAND, J.C. "Profissões de Saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983" in: **Cadernos Fundap, Ano 5(10),** São Paulo, 1985.

- ENRIQUEZ, E. **Imaginário social, recalçamento e repressão nas organizações.** Material da disciplina: Economia da Educação. (Professor M. Tragtenberg). Faculdade de Educação, UNICAMP. Campinas, s/d. (mimeo)
- ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA. **Informe: Situación de enfermería, Montevideo, Marzo, 1989.**
- FALABELLA, G. "Microeletrónica e sindicatos: a experiência europeia" in: QUADROS, R. (Org.). **Automação, competitividade e trabalho: a experiência internacional.** São Paulo, Hucitec, 1988.
- FAYOL, H. **Administración industrial y general.** 14ª Ed. Buenos Aires. Ed. Ateneo, 1987.
- FOUCAULT, M. "Historia de la medicalización". **Revista Educación Médica y Salud,** 11(1), Washington, 1977.
- FOUCAULT, M. "Incorporación del hospital en la tecnología moderna" **Revista Educación Médica y Salud.** 12(1), Washington, 1978.
- FOUCAULT, M. **Microfísica del poder.** Rio de Janeiro, Graal, 5ª edição, 1985.
- FOUCAULT, M. **El nacimiento de la Clínica: una arqueología de la mirada médica.** 11ª edición, México, Siglo Veintiuno Editores, 1986.
- GARFIELD, J. "O trabalho alinhado, stress e doença coronária". in NUNES, E. **Medicina Social; aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global Ed., 1983 (textos; 3).
- GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 1985.
- GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico.** Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da U.S.P, São Paulo, 1979 (mimeo).
- GONÇALVES, R.B.M. **Medicina e historia: raízes sociales del trabajo médico.** 1ªEd. México, Siglo Veintiuno Editores, 1984.
- GONÇALVES, R.B.M. **Tecnología e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da U.S.P., São Paulo, 1986 (mimeo).

- GORZ, A. A divisão do trabalho, ciência, técnica e modo de produção capitalista. Porto, Escorpião, 1974.**
- GRAMSCI, A. La formación de los intelectuales. México, Grijalbo, 1967 (colección 70).**
- GRISONI, D. & MAGGIORI, R. Ler Gramsci. Lisboa, Iniciativas Editoriais, 1973.**
- HELLER, A. O cotidiano e a história. Tradução Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 2a. ed. São Paulo, Paz e terra, 1985.**
- HERNANDEZ de FERNANDEZ, N. Datos para la historia de la Enfermería en Uruguay: de la Antigüedad hasta el Siglo XX. Rivera, 1988 (mimeo)**
- IDE, C.A.A. Fundamentos e perspectivas para a questão da formação e utilização da força de trabalho na enfermagem. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação da USP. São Paulo, 1989.**
- ILLICH, I. A expropiação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.**
- KARTCHEVKY...et al. O sexo do trabalho. Tradução de Sueli Tomazini Cassal; Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.**
- KRON, T. Manual de enfermagem. 4a. ed. Tradução Cilei Chaves Rhodus. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.**
- KUENZER, A. Ensino de 2º Grau: O Trabalho como Princípio Educativo. São Paulo, Cortéz, 1988.**
- LAFITTE, V. "Para uma deontologia da medicina assalariada", in Saúde em Debate, CEBES. São Paulo, (7/8). 1978.**
- LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Graal, 1981.**
- MARGOLIS, E. & PIAZZA, N. Organización de la atención médica en el Uruguay. Montevideo, Nordam, 1989. (Colección Sin Fronteras-4)**
- MARTINEZ, M. (coordinadora). Sociología de una Profesión: El caso de Enfermería. México, Centro de Estudios Educativos, A.C.: Ediciones Nuevomar, S.A. de C.V., 1985.**
- MARX, K. El capital, crítica de la economía política. 2ª edición, México, Fondo de**

Cultura Económica, 1978.

MARRINER, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona, Ed. Rol S.A., 1989.

MASSI, M. Vida de mulheres: cotidiano e imaginário. Rio de Janeiro, Imago Ed., 1992. (Série Logoteca)

MAZZA, R. "Reportaje a Dora Ibarburu" in: Revista Uruguaya de Enfermería. Vol. 1, Nº 0, Montevideo, 1989.

MELO, C. A divisão do trabalho e enfermagem. São Paulo. Cortez, 1986. (Série Saúde e Sociedade).

MONTERO, P. Da doença à desordem: a magia na umbanda. Rio de Janeiro, Graal, 1985. (Saúde e Sociedade; vol. 10).

MOTTA, F.C.P. Teoria geral da administração: uma introdução. 10ª. ed. São Paulo, Livraria Pionera Editora, 1982. (Biblioteca Pionera de Administração e Negócios).

NAKAMAE, D.D. Novos caminhos da enfermagem. Por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo, Cortez, 1987.

NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo, Cortez; ABEn-CEPEn, 1989.

NEME, Y. Apuntes sobre fundamentos de la Enfermería. Montevideo, Imp. Nacional, 1961.

NERY, C. "La Escuela de Nurses, su organización y métodos" in: Primer Congreso Médico Nacional. Tomo 4. Montevideo, Imp. "El Siglo Ilustrado", 1917.

NOGUEIRA, R.P. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1977.

NOGUEIRA, R.P. "A força de trabalho em saúde" in: Revista de Administração Pública. EBAP. 17 (3). Rio de Janeiro, 1983.

PAGÈS, M. (et.alii.). O poder das organizações: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos. Tradução Ma. Cecília Pereira Tavares, Sonia Simas Favatti. São Paulo, Atlas, 1987.

- PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930*. São Paulo, Cortez, 1989 (Saúde e Sociedade vol. 14).
- POSSAS, C. *Saúde, medicina e trabalho no Brasil*. Dissertação de Mestrado. UNICAMP. Campinas, 1980.
- RAGO, L.M. & MOREIRA, E.F.P. *O que é Taylorismo*. 5ª Ed. São Paulo, Brasiliense, 1988. (Coleção Primeiros Passos Nº 112)
- ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Tradução de Angela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
- SANCHEZ, S. "Escuela Universitaria de Enfermería: Pasado, Presente y Futuro. XL Años". in: *Separata de la Revista Uruguaya de Enfermería*. Año 4, Nº1, Montevideo, 1992.
- SCHILLING, F. I. *Estudos sobre resistência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.
- SCOSERIA, J. "La Asistencia Hospitalaria en el Uruguay". In: *Primer Congreso Médico Nacional*. Tomo 4. Montevideo, Imp. "El Siglo Ilustrado", 1917.
- SEGNINI, L.R.P. *Ferrovia e ferroviários: uma contribuição para a análise do poder disciplinar na empresa*. São Paulo: Autores Associados/ Cortez, 1982.
- SEGNINI, L. *Disciplina e resistência no cotidiano do trabalho*. São Paulo, 1993 (mimeo)
- SILVA, M.G.R. da. *Prática médica: dominação e submissão*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
- SILVA, G.B. *Enfermagem profissional: análise crítica* São Paulo, Cortez, 1986.
- SINGER, P. (et alii.). *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1981.
- SIQUEIRA, M. M. *Estado e Burocratização da Medicina*. Belo Horizonte, Ed. UFMG:PROED, 1987.
- SOCIEDAD de ENFERMEROS de Socorros Mútuos e Instructiva. *Reglamento*. Montevideo, Tip. "Al Libro Inglés", 1905.

- SUCUPIRA, A.C.S.L. "Ainda sobre a greve dos médicos" in *Saúde em Debate*. CEBES. São Paulo (7/8), 1978.
- TAYLOR, F.W. *Principios de la administración científica*. 10ª Ed. Buenos Aires. Ed. Ateneo, 1987.
- TOSI, L. "Caça às brujas: o saber das mulheres como obra do diabo" in: *Revista Ciência Hoje*. Vol.4, N.20, 1985.
- TRAGTENBERG, M. *Burocracia e ideologia*. São Paulo, Ática, 1974.
- TRAGTENBERG, M. *Burocracia e ideologia*. 2ª Ed. São Paulo, Ática, 1977. (ensaios, 9).
- TRAGTENBERG, M. *Administração, poder e ideologia*. 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 1989. (Biblioteca da Educação. Série 2: economia da educação, v. 1).
- TORRES, C. *Las políticas sociales y la crisis de los 80 en el Uruguay*. Texto apresentado no Seminário "Estado, economia e saúde" NEPP/UNICAMP. Campinas, 1990. (mimeo)
- TURENNE, A. *Datos biográficos del Dr. José Scosería*. in: *Ministerio de Salud Pública: Facultad de Medicina. Escuela Universitaria de Enfermería. Circular Informativa*. Año 2. Vol.1. Montevideo, Mayo/1975.
- VILAÇA, E. *A evolução histórica da prática médica*. Belo Horizonte, PUCC/M.G. SINEP, 1984.
- WEBER, M. *Ensaio de sociologia*. 4a. Ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1979. (Biblioteca de Ciências Sociais)
- WEBER, M. *Textos selecionados*. Seleção e tradução Maurício Tragtenberg (et. alii.) 2a. Ed. São Paulo, Abril Cultural, 1980. (Os pensadores)

**ANEXOS**

Título de la Investigación: "Relaciones de trabajo y relaciones de poder en la salud y en la enfermería: estudio del caso uruguayo"

Entrevistas: guía temática de preguntas para enfermería.

Datos de la formación profesional.

9- ¿ Porqué escogió esta profesión ?.

10- ¿ Cómo ve usted su actividad profesional y cuál es su importancia desde el punto de vista social ?.

11- Si pertenece al personal de enfermería :

a) mencione el nombre de la(s) directora(s) de la Escuela en el período de su formación.

b) ¿ Vivió en régimen de internado durante su formación ?.

c) ¿ Cuáles fueron los ítems del reglamento interno de la Institución que todavía recuerda ?. (Aspecto personal, uniforme, prácticas, horario de permanencia en la Escuela, comida, internado, reglas de disciplina etc.).

d) ¿ Cuáles fueron las sanciones establecidas frente al incumplimiento o desobediencia del reglamento interno ?.

e) ¿ Cómo y por quién era realizado el control de las alumnas internadas en la Escuela de Enfermería ?.

12- ¿ Recuerda las materias que tenían más dedicación horaria ?.

13- ¿ Existía en su curriculum la disciplina Etica ?.

14- ¿ Considera Ud. que esta disciplina es importante en el ejercicio de su profesión ?. ¿ Porqué ?.

15- Describa su relacionamiento con otros estudiantes (de medicina o enfermería según el caso) durante su período de formación práctica.

Datos del ejercicio profesional.

Ingreso.

16- ¿ Cómo fué el proceso de selección al que sometió para ingresar a la Institución donde trabaja ?.

17- ¿Qué aspectos fueron considerados en el período de orientación?. ¿ Cuánto duró el período de orientación ?.

18- ¿ Quién fué el responsable de la orientación ?.

Organización del trabajo.

19- ¿ Conoce las atribuciones relativas a su función ?.  
Enumérelas.

20- ¿ Cuáles son las diferencias entre las prácticas de la enfermera jefe, de la supervisora, de la enfermera de la unidad y de la auxiliar de enfermería ?.

21- En su unidad de trabajo, cuáles son las actividades de competencia exclusiva del médico ?.

22- En relación al cuidado del paciente, qué profesional determina lo que debe ser realizado ?.. Porqué ?.

23- ¿ Quién realiza el cuidado directo al paciente ?.

24- En su unidad: ¿ Cómo es distribuido el trabajo entre las distintas categorías de enfermería ? Y cuáles son las responsabilidades de cada una ?

25- ¿ Cómo Ud. evalúa la distribución del trabajo de su unidad ?.  
De sugerencias para mejorarla.

26- ¿ El trabajo es programado en equipo en conjunto con el médico y otros trabajadores de la salud, como por ejemplo con la dietista?. Con qué frecuencia se realiza esta actividad de programación ?.

27- -Si pertenece al personal de enfermería: el médico atiende a sus observaciones (orales y escritas) sobre el estado del paciente y sus sugerencias en el tratamiento ?.

-Si pertenece al personal médico: atiende las observaciones orales y escritas que el personal de enfermería realiza sobre los pacientes ?.

28- En caso de emergencia y en ausencia del médico en qué situaciones y de qué manera el personal de enfermería podría actuar?.

29- ¿ Cuáles son los principales problemas de interrelación entre los profesionales de la salud que surgen en el transcurso del trabajo en su unidad ?.. (referirse solamente al médico y diferentes categorías de enfermería). ¿ A qué se deben ?.

30- ¿ Qué se está haciendo o podría ser realizado por su grupo profesional para mejorar esta situación ?.

### **Disciplina.**

31- ¿ Qué aspectos incluye el reglamento interno de su institución?.

32- ¿ Cuáles son los criterios considerados para la promoción de personal en la Institución ? (evaluación de la tarea, puntualidad, asiduidad, antigüedad etc.).

33- ¿ Cuáles son los tipos de promoción ? (económica, de categoría, asistencia a cursos, otros ).

34- ¿ Quién realiza y cómo es realizada la supervisión de personal de su Unidad ?.

35- Su práctica es objeto de evaluaciones ?. Describa quién realiza la evaluación, aspectos evaluados y la frecuencia con que es realizada.

36- Ud. está de acuerdo con los resultados de sus evaluaciones ?. Explique su respuesta.

37- Las evaluaciones han modificado el desarrollo posterior de su trabajo ?. ¿ De qué forma ?.

38- En cuáles situaciones concretas el personal médico y de enfermería puede ser objeto de sanciones disciplinarias ?.

#### Participación.

39- Ud participó o participa en las decisiones institucionales referentes a la enfermería o al conjunto de las actividades ?.

40- ¿ Cómo es su participación en la Institución ? (en la resolución de problemas del servicio, integrando comisiones de evaluación, bancas de concurso, proyectos de reestructura de planta física, funcionamiento hospitalario etc.).

41- ¿ Existe sindicato de funcionarios en su Institución ? ¿ Ud. está afiliado ?. ¿ Porqué ?. ¿ Ud. participa en él ? ¿ Porqué ?.

42- ¿ Cuáles son las reivindicaciones por las cuáles lucha actualmente su sindicato ?.

43- ¿ Cómo ve Ud. el relacionamiento entre la dirección de la Institución y el Sindicato de trabajadores ?.

44- ¿ Está afiliado a la Asociación Profesional de su categoría? ¿ Porqué ?

45- ¿ Cuáles son las actividades de la Asociación Profesional ?.

46- ¿ La Asociación Profesional participa en las decisiones en materia de política de salud ?.

47- ¿ En caso de que no participe , quién cree Ud. que debería participar en estas decisiones ?.

48- ¿ Participa de Asambleas o Reuniones de la Asociación ? . ¿ Porqué ?.

49- ¿ Considera que las enfermeras y auxiliares de enfermería deben tener una única asociación profesional ?. Explique su respuesta.

50- ¿ Cuáles son los problemas o conflictos existentes actualmente entre ambas asociaciones ? ¿ Cuáles son los elementos que explican estos conflictos ?.

**Datos Personales.**

1- Profesión: Médico ( )  
                  Enfermera ( )  
                  Auxiliar de Enfermería ( )

2- Sexo: M ( )  
          F ( )

3- Edad: Fecha de Nacimiento.....

4- Estado Civil .....

5- Nombre de la Institución donde obtuvo su título profesional.....  
.....

6- Año de graduación.....

7- Institución(es) en que trabaja.....  
.....  
.....  
.....

8- Cargo que desempeña actualmente y desde cuando:  
.....  
.....  
.....  
.....

Título de la Investigación:  
"Relaciones de trabajo en la salud y en la enfermería: estudio del caso uruguayo"

Entrevistas: guía temática de preguntas para médicos

Datos de la profesión..

9- ¿ Porqué escogió la profesión médica?..

10- ¿ Cómo ve usted su actividad profesional y cuál es su importancia desde el punto de vista social ?.

11- ¿ Existía en su curriculum la disciplina Etica ?.  
¿ Qué aspectos incluía?

12- ¿ Considera Ud. que esta disciplina es importante en el ejercicio de su profesión ?. ¿ Porqué ?.

13- Durante su formación práctica describa como era su relacionamiento con los estudiantes de enfermería profesional y auxiliar.

14-¿ En ese momento,qué visión Ud. tenía de la profesión Enfermería?

15-¿Cómo influyó el período de su formación en esta visión?

**Organización del trabajo actual.**

16- ¿ Conoce las atribuciones relativas a su profesión?. Enumérelas.

17- En su unidad de trabajo:¿ cuáles son las actividades de competencia exclusiva del médico?

18- En relación al cuidado del paciente, ¿ qué profesional determina lo que debe ser realizado?¿ Porqué?

19- Actualmente ¿qué visión tiene de la Enfermería como profesión?

20-¿ Cuáles son las diferencias que ve Ud. a nivel hospitalar entre las prácticas de la enfermera jefe del departamento, de la supervisora, de la jefe de piso, de la enfermera de la unidad y de la auxiliar de enfermería?

21- En su unidad: ¿ Cómo es distribuido el trabajo entre las distintas categorías de enfermería ? Y cuáles son las responsabilidades de cada una ?

22-¿ Quién realiza el cuidado directo del paciente?

23- ¿ Cómo Ud. evalúa la distribución del trabajo de su unidad ?.

24- ¿ El trabajo es programado en equipo, entre el médico y otros trabajadores de la salud, como por ejemplo la enfermera, dietista, trabajadora social? ¿ Con qué frecuencia se realiza esta actividad de programación ?.

25- ¿Atiende las observaciones orales y escritas que el personal de enfermería realiza sobre los pacientes ?¿Porqué?

26- En caso de emergencia y en su ausencia en qué situaciones y de qué manera el personal de enfermería podría actuar?.

27- ¿ Cuáles son los principales problemas de interrelación entre los profesionales de la salud que surgen en el transcurso del trabajo en su unidad ?. (referirse solamente al médico y diferentes categorías de enfermería). ¿ A qué se deben ?.

28- ¿ Qué se está haciendo o podría ser realizado por su grupo profesional para mejorar esta situación ?.

29- Su práctica es objeto de evaluaciones ?. Describa quién realiza la evaluación, aspectos evaluados y la frecuencia con que es realizada.

30-¿Con qué objeto son realizadas esas evaluaciones?

31- Ud. está de acuerdo con los resultados de sus evaluaciones ?. Explique su respuesta.

32- Las evaluaciones han modificado el desarrollo posterior de su trabajo ?. ¿ De qué forma ?.

33- En cuáles situaciones concretas el personal médico y de enfermería puede ser objeto de sanciones disciplinarias ?.