

WILSON DANILO LUNARDI FILHO

**O MITO DA SUBALTERNIDADE DO
TRABALHO DA ENFERMAGEM À MEDICINA**

**FLORIANÓPOLIS
1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**O MITO DA SUBALTERNIDADE DO
TRABALHO DA ENFERMAGEM À MEDICINA**

WILSON DANILO LUNARDI FILHO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, na área de Filosofia da Enfermagem.

ORIENTADORA: Dra. MARIA TEREZA LEOPARDI

**FLORIANÓPOLIS
1998**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

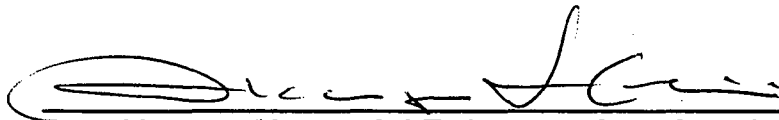
**O MITO DA SUBALTERNIDADE DO TRABALHO DA
ENFERMAGEM À MEDICINA**

WILSON DANILO LUNARDI FILHO

Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do título de

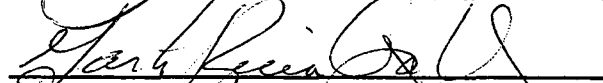
**Doutor em Enfermagem
Área de Concentração - Filosofia da Enfermagem**

e aprovada em sua forma final em 04 de setembro de 1998, atendendo às
normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem - Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina.



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann - Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:


Dra. Maria Tereza Leopardi - Presidente/Orientadora
Dra. Marilu Fontoura de Medeiros - Membro
Dra. Nébia Maria Almeida de Figueiredo - Membro
Dra. Tamara Iwanow Cianciarullo - Membro
Dra. Marta Regina Cezar Vaz - Membro

Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende - Suplente

Dra. Lygia Paim Muller Dias - Suplente

À **Valéria**, com quem compartilho e desfruto, há mais de duas décadas, não só das agruras, mas das muitas coisas boas que fazem as pequenas alegrias do cotidiano e a felicidade da existência em comum.

Aos nossos filhos **Guilherme, Cristina, Ingrid e Mônica**, quatro das maiores alegrias do nosso cotidiano e felicidade de nossa existência em comum.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Tereza Leopardi, minha orientadora e amiga Tetê, por me apontar caminhos seguros para que, ao rolar minha pedra, não corresse o risco de ter de largá-la, mostrando-se sempre presente e disponível com sua costumeira competência e prestimosas contribuições.

Às professoras Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende e Dra. Lygia Paim Müller Dias, pelas enriquecedoras contribuições e pelos comentários vivificantes que serviram de estímulo para a concretização dessa empreitada, quando de minha qualificação.

À Valéria que, com sua presença amorosa e constante, tornou mais leve a concretização desse trabalho, constituindo-se na interlocutora necessária à busca de formas de expressão para fazer melhor compreender o teor dos meus escritos e a explicitação de nossas inquietudes, em relação à nossa profissão.

À Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, Coordenadora da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, por sua presença amiga e pelas constantes manifestações de apreço e reconhecimento de minhas possibilidades e investimento em minhas potencialidades, abrindo e apontando diferentes espaços para presentes e futuras parcerias.

À Dra. Maria de Lourdes de Souza que sabe, como ninguém, quais caminhos percorrer para conduzir a pedra ao alto da montanha sem deixá-la cair e que, pelo seu espírito empreendedor, dinamismo, competência e exemplo, nos dá mostras do que o exercício da autonomia pelo sujeito é capaz de realizar.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelas importantes contribuições a esta etapa de minha formação, que ora se concretiza.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em especial à Elena, pela disponibilidade, incansável empenho, competência no trabalho e convívio cordial, que se constituíram em elementos facilitadores à concretização de mais essa etapa de minha existência.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade do Rio Grande, em especial às professoras Maria José Martins Chaplin, Sueli Zappas, Mara Regina Santos da Silva, Marta Riegert Borba, Marta Regina Cezar Vaz, Adriana Dora da Fonseca, Marlene Teda Pelzer e Valéria Lerch Lunardi, pelos encontros e pelas possibilidades vislumbradas da construção de novas formas de exercício de uma enfermagem criativa, enriquecedora, competente e mais prazerosa.

Aos meus colegas de turma do doutorado, pela acolhida e manifestações de amizade e carinho que permearam todos os momentos de convívio.

Às colegas enfermeiras e respectivas chefias que, prontamente, aceitaram participar dessa empreitada e cuja aquiescência tornou possível a realização da presente pesquisa.

Aqueles que, ao demonstrarem seu ceticismo em relação às minhas capacidades e forma de ser, abalaram minhas certezas e contribuíram para que, saindo do sossego do não desejar, ansiasse por conhecer e me lançasse ao desafio de buscar qualificação e novos saberes.

À CAPES-PICDT, pelo apoio financeiro oportunizado pela concessão da bolsa, tornando menores as dificuldades e privações e mais fácil a concretização da presente tese.

A todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta tese, seja por gesto, palavra, pensamento ou intenção.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - O TEMA DE PESQUISA	16
1.1 - A QUESTÃO DE PESQUISA E A TESE A SER SUSTENTADA	20
1.2 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE O MITO	21
1.3 - OBJETIVOS	31
CAPÍTULO 2 - O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ESTRUTURA DO TRABALHO GERAL	33
2.1 - A PROBLEMÁTICA GERAL DO TRABALHO: DE COMO O TRABALHO TORNOU-SE FONTE DE DEGRADAÇÃO DO TRABALHADOR	36
2.2 - GERÊNCIA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	63
2.3 - SERVIÇOS: UM TRAÇO POLÊMICO DO PROCESSO PRODUTIVO	67
2.4 - O TRABALHO EM SAÚDE	70
2.5 - O TRABALHO DA ENFERMAGEM	74
CAPÍTULO 3 - A SUBALTERNIDADE DA ENFERMAGEM À MEDICINA: A CONSTRUÇÃO DE UM MITO?	81
3.1 - INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: NASCE UMA PROFISSÃO	101
CAPÍTULO 4 - DA PRODUÇÃO DA SUBJETIVIDADE	112
4.1 - FAMÍLIA, CULTURA E SUBJETIVIDADE: IMPREGNAÇÃO IDEOLÓGICA E MERCANTILIZAÇÃO	131
4.2 - A SUBJETIVIDADE CAPITALÍSTICA	146
4.3 - O MITO DE SÍSIFO: A ANTÍTESE DA AUTONOMIA OU A SÍNTESE DA OBEDIÊNCIA?	161

CAPÍTULO 5 - O PROCESSO DA PESQUISA	166
5.1 - O MÉTODO INVESTIGATIVO	167
5.2 - O MÉTODO DE COLETA DE DADOS	168
5.3 - OS SUJEITOS DA PESQUISA E SEUS LOCAIS DE REALIZAÇÃO	171
5.4 - A ORGANIZAÇÃO E A ANÁLISE DOS DADOS	176
5.5 - AS CATEGORIAS DE ANÁLISE	177
5.5.1 - O DOMÍNIO DA INFORMAÇÃO	178
5.5.2 - A OBSESSÃO PELA INFORMAÇÃO	181
5.5.3 - A ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE ASSISTENCIAL: UM TRABALHO DE SÍSIFO?	192
5.5.4 - O PROVIMENTO DAS CONDIÇÕES MATERIAIS	215
5.5.5 - A GESTÃO DAS DETERMINAÇÕES, ROTINAS E NORMAS INSTITUCIONAIS	223
5.5.6 - PASSAGEM DE PLANTÃO: RITUAL DE SUBALTERNIDADE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM ÀS PRÁTICAS MÉDICAS	247
5.5.7 - A CENTRALIDADE DA PRESCRIÇÃO MÉDICA NO TRABALHO ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM E DO ENFERMEIRO	251
5.5.8 - PROVIMENTO DOS CUIDADOS DIRETOS AO PACIENTE	267
5.5.9 - A ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA GLOBAL DE SAÚDE	274
5.5.10 - IMPEDIMENTOS À PLENA ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA GLOBAL DE SAÚDE	286
CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	316
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	336

RESUMO

A partir do tema da suposta existência de um mito que confere subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina, foi realizada uma investigação com características de uma pesquisa qualitativa, na tentativa de dar respostas à questão norteadora, sustentação à tese formulada e alcançar os seguintes objetivos propostos: 1) demonstrar a existência de elementos da realidade da prática assistencial que possam servir à desmitificação do trabalho da enfermagem como subalterno ao trabalho da medicina; 2) apresentar argumentos ao enfermeiro para perceber-se, desejar e assumir a função de administrador da assistência global de saúde, no microespaço onde exerce suas atividades profissionais, no âmbito intra e/ou extra-hospitalar. O método de coleta de dados foi, essencialmente, a observação livre, sendo considerados seus dois aspectos metodológicos mais importantes: as anotações de campo e a amostragem de tempo. Participaram do estudo 21 enfermeiras de três hospitais de uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. A partir da análise do conteúdo das anotações de campo, nas quais foram registradas atitudes, condutas, práticas, formas e conteúdos da comunicação entre os diferentes profissionais e demais pessoas que interagem com o enfermeiro no microespaço onde atua, apoiando-me fundamentalmente em Guattari, foi possível identificar, a partir das categorias de análise, a existência de determinadas características no modo como desenvolve seu trabalho. Entre estas características apresentadas pelo enfermeiro e explicitadas durante os diversos momentos das fases de análise, sobressaem-se quatro: 1) ser o **detentor da quase totalidade das informações**; 2) ser o **organizador do ambiente do cuidado**; 3) ser o **guardião das normas e rotinas institucionais**; 4) ser o **organizador da assistência**. A presença e a convergência destas características do seu trabalho permitem ao enfermeiro o exercício de atividades que o colocam numa posição de centralidade nos contextos organizacional e assistencial. Esta centralização do seu trabalho configura-o como o **elemento de referência** para os demais profissionais e usuários do setor ou unidade em que atua, representando os aspectos mais genéricos da assistência, no ambiente do cuidado. Este atributo parece constituir-se para o enfermeiro em qualidade suficiente e necessária para atuar como o **administrador da assistência global de saúde**, no âmbito de sua área de influência, no microespaço onde exerce sua prática e desenvolve tais atividades. Entretanto, há determinados aspectos ainda presentes no trabalho que interferem em seu andamento e parecem constituir-se em impedimentos ao pleno exercício dessa função, tais como, elementos de construção da subjetividade dos profissionais da saúde, especialmente do próprio enfermeiro e do médico, e as precariedades quali-quantitativas dos recursos humanos e materiais presentes no ambiente de trabalho.

ABSTRACT

From the theme of the supposed existence of a myth whereby nursing work is seen as subaltern to medicine, an investigation was conducted, with qualitative research characteristics, in an effort to answer the guiding question, to support the introduced thesis, and to attain the following propositions: 1) to demonstrate the existence of assistance practice reality elements capable of bringing about the demythicizing of nursing work as a subaltern to medicine work; 2) to offer nurses arguments to perceive, desire, and take over the function of health global assistance manager within the microspace where his/her professional activities are performed, in intra-and/or extra-hospital bounds. Data collection method employed was essentially the free observation, having as the two most important methodologic aspects the field notes and the time sampling. Participants in the study were 21 nurses from 3 hospitals in a city of the middle Rio Grande do Sul state. From analysis of field notes, where a register was kept of attitudes, conducts, practices, forms and contents of communication between the different professionals and other persons interacting with the nurse in his/her microspace of action, following fundamentally Guattari, it was possible for the author to identify, based on the analyzed categories, the existence of a given characteristics in the manner how nurses carry out their work. Among these characteristics exhibited by a nurse and made explicit during the various moments along the analysis stages, four deserve special note: **1) to be holder of almost the total information; 2) to be the organizer of the care environment; 3) to be the keeper of institucional norms and routines; and 4) to be the organizer of assistance.** The presence and convergence of all such work characteristics allow the nurse to exercise activities placing him/her in a central position in relation to organizational and assistance contexts. Such centering of the nurse's work makes him/her the **reference element** to the others professionals and users in that sector or unit, representing the most generic aspects of assistance in the care ambiance. Such an attribute seemingly gives the nurse sufficient and necessary quality to act as the **health global assistance administrator** within his/her area of influence in the microspace where he/she practices and develops such activities. However, there are a few aspects still interfering with work development, and they apparently become hindrances to the full exercise of that function, such as elements in building the subjectivity of health professionals, particularly of the nurse him/herself and the doctor, and the quali/quantitative precariousness of human resources and materials present in the work ambiance.

APRESENTAÇÃO

Também vi Sísifo extenuando-se e sofrendo, empurrando um bloco imenso com ambas as mãos. Na verdade, ele o arrastava até o cume, sustentando-o com os pés e com as mãos; mas, quando estava a ponto de, finalmente, atingir o alto da montanha, o peso excessivo o impelia para baixo. Novamente, a pedra impiedosa rolava até o vale. Entretanto, ele reiniciava o trabalho e a empurrava morro acima, a ponto de ficar com o corpo banhado de suor; ao redor de sua cabeça, porém, pairava uma nuvem de poeira.

Homero

Ao dar por finalizada a construção dessa tese, como uma etapa de meu processo de doutoramento, apresento-a para ser apreciada, analisada e, certamente, criticada. Espero que seu conteúdo, estilo e forma de apresentação sejam capazes de esclarecer o percurso teórico e reflexivo por mim alcançado, sem que sua leitura constitua-se em fardo demasiado pesado àqueles que a forem ler.

Em sua elaboração, tive o constante cuidado de sempre procurar direcioná-la à busca de formas de expressão para oportunizar ao leitor a compreensão e apreensão da temática objeto maior de minha preocupação: **a influência do trabalho humano na qualidade de vida do trabalhador, em decorrência de sua forma de organização, das condições oferecidas para sua realização e da percepção que este mesmo trabalhador tem do trabalho que realiza.**

Para tanto, no **Capítulo 1 - O tema de pesquisa**, apresento inicialmente o tema e a sua justificativa, a questão norteadora e a tese formulada, bem como os objetivos propostos. Estes elementos serviram para direcionar meus esforços em busca da convergência de condições para poder dar-lhes sustentação e, desse modo, poder avançar e culminar na elaboração do presente trabalho. Os construtos teóricos componentes desse primeiro capítulo e sua associação aos dos subseqüentes, constituem-se no referencial teórico elaborado e do qual fiz uso para viabilizar o processo de análise e reflexão. Minha expectativa é de que esse referencial possa, também, constituir-se para o leitor em um instrumento que lhe possibilite visualizar, discernir e compreender o que, talvez, não fosse percebido em si mesmo, sem esta construção e suporte teóricos.

O Capítulo 2 - O trabalho da enfermagem na estrutura do trabalho geral pretende dar conta de como se processou a inserção da enfermagem como profissão e como trabalho assalariado, na estrutura do trabalho geral. Contempla aspectos que falam da historicidade do trabalho, enquanto fenômeno social, e de como a sua evolução na sociedade capitalista, degradou e vem degradando, ainda e cada vez mais, a vida de grande parte dos trabalhadores, condição a qual não se furtam os trabalhadores da enfermagem, de um modo geral.

O Capítulo 3 - A subalternidade da enfermagem à medicina: a construção de um mito? constitui-se numa incursão despretenciosa ao passado e evolução histórica da enfermagem. Para sua elaboração, vali-me, inicialmente, dos recursos de memória, evocando saberes aprendidos desde os primeiros anos de minha formação, somando-se a estes as vivências e conhecimentos construídos e sedimentados, durante minha existência profissional. Sua ampliação deu-se pelas leituras e consultas a obras mais recentes ou àquelas que, apesar do tempo, ainda mantêm-se atuais e pertinentes. Ao reunir elementos que subsidiassem e possibilitassem minha instrumentalização para, assim, traçar uma linha de raciocínio, tive como objetivo compreender e fazer compreender como se foi construindo a idéia ou o mito de ser a enfermagem uma prática subalterna, porque essencialmente percebida e representada como uma prática subordinada e dependente das decisões da prática médica.

No Capítulo 4 - Da produção da subjetividade, apresento elementos que, espero, permitam a emergência do entendimento de como vem se produzindo a subjetividade e de como os modos de subjetivação, sob a ótica

guattariana, têm sido apropriados pelo capitalismo e manipulados pelos poderes dominantes, respondendo muito mais aos interesses e necessidades das elites do que direcionados aos interesses e necessidades de grande parcela da humanidade como um todo.

O Capítulo 5 - O processo da pesquisa constitui-se, inicialmente, da apresentação do método investigativo adotado, sua caracterização e implicações de seu uso. Contempla tanto aspectos relativos ao método de coleta de dados e os aspectos de natureza metodológica como referentes aos sujeitos da pesquisa e os locais de sua realização. Ainda, oferece elementos para caracterizar as condutas por mim adotadas, desde as fases iniciais, prévias à coleta de dados, e durante todo o seu processo, bem como a forma de tratamento e organização dos dados decorrentes das observações realizadas, para tornar possível as etapas de análise. Finalmente, são apresentadas as categorias de análise que permitiram a identificação de características presentes no trabalho do enfermeiro. Tais características conferem-lhe um atributo essencial ao desempenho da função de ser o administrador da assistência global de saúde, no seu microespaço de trabalho. Apresenta, ainda, os prováveis impedimentos ao pleno exercício dessa função, decorrentes da própria forma de produção de sua subjetividade e condições de (des)organização do trabalho, tanto no âmbito institucional geral, como no âmbito dos serviços que o constituem.

No Capítulo 6 - Considerações finais, são apresentadas algumas constatações e reflexões derivadas das categorizações e análises realizadas. Acredito que muitos dos elementos apontados, no processo de construção deste trabalho, não se constituam em fatos desconhecidos, que a prática já não

tivesse mostrado. Porém, resultam de um novo e diferente olhar posto sobre o trabalho da enfermagem que, quem sabe e sem querer parecer ou ser arrogante, possam contribuir para a concretização de mudanças, pela emergência do desejo de romper com o que se discorda no instituído, do que não só a enfermagem, mas a própria humanidade mostram-se tão necessitadas.

CAPÍTULO 1

O TEMA DE PESQUISA

Trabalho: realidade perene do ser humano. Autonomia: seu sonho permanente. Elevando-se de forma abrangente e democrática a qualificação dos trabalhadores, a articulação da realidade com o desejo torna-se possível.

Antonio David Cattani

Em minha dissertação de mestrado em administração **“Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem”** (Lunardi Filho, 1995) tive como objetivo geral identificar fatores que, na percepção das categorias funcionais da enfermagem, **“enfermeiro e auxiliar de enfermagem”**, têm implicações na gênese do prazer e do sofrimento no trabalho. Emergiram, da análise das falas dos entrevistados (principalmente das falas das enfermeiras), elementos presentes no trabalho que realizam, fortemente implicados na gênese do sofrimento.

Dentre eles, explico as percepções de impotência, limitação, desprestígio, não reconhecimento e desvalorização do trabalho realizado e a culpabilização do trabalhador da enfermagem, em casos de insucesso¹. Por outro lado, também como resultado da análise, emergiu a percepção dos enfermeiros sobre sua responsabilidade, não só pela organização do ambiente do cuidado, pela manutenção e consecução das condições de trabalho para os demais trabalhadores da saúde, mas, principalmente, pelo desempenho de atividades que têm a ver com a implementação, a coordenação, o gerenciamento e o controle das diversas situações que acontecem no cotidiano da assistência.

Dejours (1994) diz que a organização do trabalho nada mais é do que a expressão da vontade de quem o organiza. Quando os demais pautam o seu trabalho conforme determinações de quem o organizou, este ato se dá em

¹ Segundo Leopardi (1991, p. 40), as aparentes insatisfações entre os profissionais de enfermagem relativas ao trabalho que realizam não podem ficar reduzidas, apenas, ao plano psicológico, como se fossem meras frustrações quanto à forma do trabalho se desenvolver ou mesmo quanto ao seu resultado. Estas insatisfações, “geradas em um nível mais complexo, que é o ideológico, exercem pressões conflitantes, ora como exigência de trabalho transformador das condições de assistência, ora como necessidade de adequar qualidade e quantidade aos limites do ciclo racionalidade/produktividade”.

resposta ao poder que emana das atividades organizacionais. Portanto, o enfermeiro, ao exercer funções de organização, coordenação e gerência, pode por em ação determinada forma de exercício de poder que esta condição oportuniza.

A organização do trabalho e a condição de possibilidade de exercício de poder, aqui enfatizadas, ficam muito mais restritas ao microespaço que constitui o local no qual o enfermeiro e sua equipe, bem como os demais profissionais da saúde e os clientes estão inseridos. Esta micro-organização do trabalho necessita ser subsidiada por uma macro-organização do trabalho, responsável pela programação geral, previsão e distribuição dos recursos materiais e humanos necessários à realização do próprio trabalho como um todo, de competência da administração superior, da qual a chefia de enfermagem faz parte ativa, pelo menos idealmente, podendo vir a desempenhar um papel preponderante relativo às novas formas de organizar o trabalho assistencial.

Em relação a este aspecto, Florence Nightingale já enfatizava que nem sempre a enfermeira é a culpada pela situação precária dos cuidados prestados; já alertava que, no tocante à assistência de enfermagem (que eu estendo à assistência de saúde como um todo), esta só pode tornar-se possível com a inclusão de determinadas condições para realizar o trabalho, pois “condições sanitárias e de arquitetura deficientes e uma organização administrativa falha, muitas vezes, tornam a prática de enfermagem impossível” (Nightingale, 1989, p.14-5).

A organização desse microespaço pode vir a subsidiar, por meio de sugestões, solicitações, críticas e questionamentos, à própria administração superior da instituição. Assim procedendo, a enfermagem não mais

permaneceria, básica, fundamental e representacionalmente como mera executora, muito pouco questionadora do que está programado e sem muito sugerir, solicitar e, até mesmo, reivindicar, em termos de condições necessárias e suficientes para que tal programação seja concretizada.

Não só a administração superior, mas a própria instituição tem, cada vez mais, necessidade de que tais ações sejam desenvolvidas pelo enfermeiro no âmbito microespacial, no que diz respeito às tomadas de decisão sobre os objetivos a serem alcançados e pela utilização dos recursos, por meio do planejamento, organização, direção, coordenação e controle, ou seja, o ato mesmo de administrar, tanto a assistência de enfermagem no âmbito disciplinar, como a assistência global de saúde, no âmbito interdisciplinar. Neste contexto e tendo esse entendimento, as ações de coordenação e gerência direcionam-se ao desempenho de ações que visam conseguir que as diversas tarefas assistenciais sejam cumpridas pelos diferentes profissionais, desde que técnica e legalmente competentes para poderem realizá-las.

A função de organizador não estabelece em si uma hierarquia, na qual os outros profissionais, à exceção de seus auxiliares, fiquem subordinados hierarquicamente ao enfermeiro. Porém, seu exercício pode determinar a ocorrência de uma forma funcional de subordinação dos outros profissionais ao enfermeiro, como resultado das funções de coordenação e gerência que este desempenha.

Estas, por sua vez, conferem-lhe condições não apenas para reivindicar, de direito, o *status*, mas para perceber-se e assumir, de fato, como o administrador da assistência global de saúde, pelo menos no microespaço onde exerce tais funções, quer seja no âmbito intra-hospitalar, quer seja no âmbito

extra-hospitalar. **Sob esta ótica, o trabalho do enfermeiro pode passar a ser visto e percebido de uma nova forma, extraordinariamente diferente daquela que nos habituamos a ver.**

1.1 - A QUESTÃO DE PESQUISA E A TESE A SER SUSTENTADA

Tais elementos constituíram-se em agentes mobilizadores para a construção e elaboração da presente tese, que tem como norteadora a seguinte questão:

Por que os enfermeiros - apesar da percepção de serem responsáveis não só pela organização do ambiente do cuidado, manutenção e consecução das condições de trabalho para os demais trabalhadores da saúde, mas, principalmente, pelo desempenho de atividades que têm a ver com a implementação, a coordenação, o gerenciamento e o controle das diversas situações que acontecem no cotidiano da assistência - percebem-se impotentes, limitados, desprestigiados, não sendo a enfermagem valorizada nem reconhecido o trabalho de seus profissionais, sendo estes até mesmo culpabilizados, em casos de insucesso na recuperação dos pacientes?

Há uma contradição existente na internalidade da profissão, entre a idealização que a reveste de um caráter de onipotência - ser responsável por tudo, atender as necessidades humanas básicas - e a realidade concreta que a confronta com os limites de sua atuação, percebidos como impotência. Na tentativa de encontrar resposta a essa questão, elaborei a seguinte tese:

“há um mito que confere subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina e embota a percepção da existência de espaços de autonomia e poder decisório inerentes à competência técnica e legal de sua prática profissional, na atualidade”.

1.2 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE O MITO

O vocábulo mito detinha, originalmente, um sentido de “tradição sagrada, revelação primordial, modelo exemplar” que, por fornecer modelos para a conduta humana, conferia, por isso mesmo, significação e valor à existência. Contudo, à medida que “os gregos foram despojando progressivamente o *mythos* de valor religioso e metafísico (...) acabou por denotar tudo o que não pode existir realmente”, conferindo-lhe um novo valor semântico de ficção ou ilusão, tornando seu emprego na linguagem um tanto equivocado, por poder contemplar ambos os significados. No presente texto, o termo mito refere-se à sua última denotação, apesar de que, há mais de meio século, seu sentido original passou a ser novamente “familiar sobretudo aos etnólogos, sociólogos e historiadores de religiões” (Eliade, 1994, p. 8).

Neste estudo, o termo mito é empregado na acepção de Barthes (1993, p. 43), para quem “o *mito não esconde nada*: tem como função deformar, não fazer desaparecer”. No mito pode encontrar-se presente o significante, o significado e o signo (significação)², como o total associativo dos dois primeiros

² Para Saussure, que trabalhou a língua como um sistema semiológico específico, metodologicamente exemplar, o significante é a imagem acústica (de ordem psíquica), o significado é o conceito e a relação entre o conceito e a imagem é o signo, entidade concreta, no caso, a palavra (Barthes, 1993).

termos. Constitui-se, assim, em um esquema semiológico³, no qual o que é apreendido não é um termo após o outro, mas a correlação que os une.

Essa correlação é a significação e constitui-se no próprio mito, “mas o mito é um sistema particular, visto que ele se constrói a partir de uma cadeia semiológica que existe já antes dele: *é um sistema semiológico segundo*” e que “tem efetivamente uma dupla função: designa e notifica, faz compreender e impõe” (*op. cit.*, p.136-139). O saber contido no conceito mítico é um saber confuso, cuja unidade e coerência provém, sobretudo, de sua função.

No significante mítico, a forma, embora presente, permanece vazia e, no entanto, o sentido, embora ausente, mostra-se pleno. Assim sendo, “o mito é um sistema ideográfico puro onde as formas são ainda motivadas pelo conceito que representam, sem, no entanto, cobrirem a totalidade representativa desse conceito” (*op. cit.*, p. 148).

Em decorrência dessa característica de deformar, o mito não ostenta, mas também não esconde nada; não é nem mentira, nem uma confissão: é uma inflexão. Desse modo, o mito é vivido como uma fala inocente, na qual suas intenções não estão escondidas (se o estivessem não poderiam ser eficazes), mas porque elas são naturalizadas, ou seja, o significante e o significado mantêm relações como se fossem naturais. O que tem sido visto e tido como natural e eterno, portanto imutável, na verdade constitui-se num discurso mítico, historicamente construído pelos homens, e que tem servido aos

³ A semiologia é entendida como a ciência das formas, que estuda as significações, independentemente do seu conteúdo. Postula uma relação entre dois termos: um significante e um significado que, entretanto, não constituem uma igualdade, por relacionar objetos de ordens diferentes, mas sim uma equivalência. A relação que une um conceito ao seu sentido (sentido este que pode, quase constantemente, ser interpretado) é essencialmente uma relação de deformação; porém, muito mais evidente num mito.

interesses hegemônicos de determinados grupos para a conservação e manutenção do *status quo*.

Dentro de um esquema de aproximação do significado do mito, pode ser aventada a hipótese de que tanto o pensamento como a atitude mítica constituem-se em instrumento de controle social. Assim, nessa lógica, a função do mito mostrar-se-ia indispensável a toda cultura, "consistindo no esforço da tradição, dando-lhe maior valor e prestígio". Talvez aí possa encontrar-se explicação da função que o mito exerce nas sociedades progressistas. Por sua vez, também pode servir para explicar os caracteres despropositados que o mito pode assumir nesses tipos de sociedades, onde se pode incluir a nossa própria (Novaski, 1988, p. 26).

Tudo em nossa vida cotidiana, na modernidade⁴, é tributário da representação das relações entre o homem e o mundo, na qual podemos considerar fortes indícios da ação ideológica da burguesia, ou seja, a classe dominante. Através de sua ética, as normas que estabelecem são vividas como leis evidentes de uma ordem natural; quanto mais suas representações se propagam, tanto mais elas artificialmente se naturalizam. Desse modo,

estas formas "normalizadas" chamam pouco a atenção, devido, justamente, à sua grande extensão; a sua origem pode perder-se à vontade; gozam de uma posição intermediária: não sendo nem diretamente políticas, nem diretamente ideológicas, vivem pacificamente entre a ação dos militantes e o contencioso dos intelectuais: mais ou menos abandonadas por uns e por outros,

⁴ O desenvolvimento da racionalidade promoveu o advento da modernidade que, por sua vez, provocou a emancipação de cada função especializada, porém refratárias, escapando a todo o controle e apresentando um desenvolvimento independente, colocando, assim, em risco o equilíbrio de todo o conjunto. Ou seja, ao querer conquistar todas as funções, a razão rompeu com a unidade e o equilíbrio que antes regulavam as atividades do mundo místico e, "desde então, cada uma destas funções tenta recompor, por conta própria, aquela unidade perdida. Para isso, procura elaborar novas estruturas, como se estas ressuscitassem a estrutura original mítica (Moura, 1988, p. 53).

juntam-se à massa enorme do indiferenciado, do insignificante, em suma, da natureza (Barthes, 1993, p. 161).

Nos grupos sujeitados, a ordem estabelecida é investida nas suas formas repressivas, constituindo terreno fértil ao florescimento de mitos, como tem ocorrido até o momento com a enfermagem: o mito de que a enfermagem só cuida, mas não cura, como se a cura acontecesse sem o cuidado; o mito da ordem, como se houvesse uma única forma de organização que desse conta da totalidade da vida social; o mito de que, para determinar que algo deva ser feito, há a necessidade de quem o determina só poder proceder desse modo porque sabe como fazer; dentre muitos outros.

No pensamento de Barthes (1993, p. 131), “já que o mito é uma fala, tudo pode constituir um mito, desde que seja suscetível de ser julgado por um discurso”, muito embora, não se defina pelo objeto de sua mensagem, mas pela maneira como a profere. O fato de não ser percebido como um sistema semiológico permite que o mito seja consumido, inocentemente, como um sistema indutivo.

Neste sentido, ser apropriado é a característica fundamental do conceito mítico. Assim, onde existe apenas uma equivalência, vê-se uma espécie de processo causal: o significante e o significado mantêm relações naturais, ou seja, “o consumidor do mito considera a significação como um sistema de fatos: o mito é lido como um sistema factual, quando é apenas um sistema semiológico” (*op. cit.*, p. 152).

A significação mítica não é completamente arbitrária, é sempre, em parte, motivada por conter uma parte de analogia. A própria duplicidade do mito necessita da motivação, uma vez que o mito joga com a analogia do sentido e

da forma, não existindo mito sem forma motivada. É nesta perspectiva que os profissionais de enfermagem podem ter incorporado significados de subalternidade correspondentes à evolução histórica da enfermagem, principalmente à época de sua institucionalização, que hoje não mais se justificam plenamente, embora eternizados no imaginário, ainda mais por corresponderem à constituição de uma subjetividade portadora de características essenciais ao capitalismo e ao seu modo de produção.

Enquanto roubo de linguagem⁵, a função específica do mito é transformar um sentido em forma, podendo desenvolver seu esquema segundo, a partir de qualquer sentido, não importando qual e a partir da própria privação de sentido. Embora a forma não suprima o sentido, apenas o empobreça, afasta-o, conservando-o à sua disposição. O sentido perde o seu valor, mas conserva a vida que vai alimentar a forma do mito. Tal forma do mito não é um símbolo: apresenta-se como imagem rica, vivida, espontânea, inocente, indiscutível.

Segundo Deleuze e Guattari (1966, p. 87), “a verdadeira diferença não está entre o simbólico e o imaginário, mas entre o elemento real do maquínico, que constitui a produção desejante, e o conjunto estrutural do imaginário e do simbólico, que formam um mito e suas variantes”. Sendo assim, o mito é uma fala definida muito mais por sua intencionalidade do que por sua literalidade, muito embora, a intenção esteja, “de algum modo, petrificada, purificada, eternizada, *tornada ausente* pela literalidade” (Barthes, 1993, p. 145).

⁵ O mito é uma fala roubada e restituída, porém, a fala que se restitui não corresponde, exatamente, àquela que foi roubada; trazida de volta, não foi colocada no seu exato lugar. “É esse breve roubo, esse momento furtivo de falsificação, que constitui o aspecto transido da fala mítica” (Barthes, 1993, p. 147).

Num mito não há distinção entre as dimensões temporais, havendo apenas um presente eterno. Parece, assim, que “tudo ocorre hoje como ocorreu nos primórdios” (Moura, 1988, p. 55). Em outras palavras, a função do mito é transformar uma intenção histórica em natureza, uma contingência em eternidade, ou seja, o mito postula a imobilidade da Natureza, no sentido de tentar impor a imutabilidade. Preserva-se o significado e, no caso da enfermagem, a forma como se transmuta para dar concreticidade. O mito não se torna apenas um signo, mas se realiza nos rituais. Portanto, um mito não se conserva sem um rito, o que implica que à toda criação de um mito corresponde o surgimento de uma mística, com seu conjunto de atitudes e valores para alimentá-lo (Morais, 1988).

Daí, minha insistência em considerar a subalternidade da enfermagem à medicina como uma deformação mítica que pode e deve ser superada, não apenas como projeto interno, mas porque se constitui numa mudança de mentalidade para a estrutura e relações de trabalho mais gerais, cuja concretização depende de lutas coordenadas dos seus trabalhadores.

Concebe-se a existência de mitos muito antigos, mas não eternos. A história não só transforma o real em discurso como também comanda a vida e a morte da linguagem mítica. Portanto, “longínqua ou não, a mitologia só pode ter um fundamento histórico, visto que o mito é uma fala escolhida pela história: não poderia de modo algum surgir da ‘natureza’ das coisas” (Barthes, 1993, p. 132)⁶. Em outras palavras, o mito, mesmo que não seja verdadeiro naquilo que narra, é verdadeiro em outro sentido: conta algo realmente acontecido na

⁶ A mitologia faz parte, simultaneamente, da semiologia, como ciência formal, e da ideologia, como ciência histórica, uma vez que ela estuda idéias-em-forma (Barthes, 1993).

história (Almeida, 1988). Daí, a necessidade de se buscar no passado respostas àquilo que se vivencia no presente, para vislumbrar possibilidades de mudanças futuras.

Esse real histórico que o mundo fornece ao mito, pela sua objetificação, é definido, por mais que se recue no tempo, pelo modo como foi produzido e utilizado pelos homens. O que é restituído pelo mito é uma imagem naturalizada desse real.

O mito não nega as coisas; a sua função é, pelo contrário, falar delas; simplesmente, purifica-as, inocenta-as, fundamenta-as em natureza e em eternidade, dá-lhes uma clareza, não de explicação, mas de constatação. (...) o mito faz uma economia: abole a complexidade dos atos humanos, confere-lhes a simplicidade das essências, suprime toda e qualquer dialética, qualquer elevação para lá do visível imediato, organiza um mundo sem contradições, porque sem a profundidade, um mundo plano que se ostenta em sua evidência, cria uma clareza feliz: as coisas parecem significar sozinhas, por elas próprias (Barthes, 1993, p. 163-164).

Dessa forma, o mito opera uma despolitização. Os homens não estabelecem com o mito relações de verdade, mas de utilização: "despolitizam segundo suas necessidades (*op. cit.*, p. 164)". Considerando-se o mito como uma fala despolitizada, a fala que permanece política é uma fala que se opõe ao mito. Esta linguagem que não é mítica é a do homem produtor (oprimido⁷). Porém, o oprimido não é coisa nenhuma, uma vez que possui apenas a fala de sua emancipação. Já o opressor é tudo porque sua fala é rica, multiforme, maleável, e porque dispõe de todos os graus possíveis de dignidade e a

⁷ A relação oprimido-opressor é bastante complexa. Quando o homem produtor assume a linguagem do opressor, em detrimento da sua própria, torna-se oprimido. Porém, ao assim fazer, mesmo não deixando de ser oprimido, pode tornar-se e agir também como um opressor, reproduzindo, naturalizando, eternizando e despolitizando o real.

exclusividade da metalinguagem⁸. Por sua vez, o oprimido, ao incorporar o discurso hegemônico não tem uma fala própria, reproduzindo o que é visto e tido como natural e eterno, impossibilitado de mudanças.

Embora possa ser considerado fictício, o mito é geralmente uma ficção inconsciente, que se constitui, antes e acima de tudo, na tradução de ações e não de simples e meras imagens ou representações (Almeida, 1988). Em síntese, “o mito propõe, mas cabe à consciência dispor” (Trigo, 1988, p. 113).

Buscando-se inspiração em Deleuze e Guattari (1966, p. 63), pode-se colocar que a **questão não é procurar saber se a enfermagem e seus profissionais são subordinados à medicina, mas sim tentar saber se o inconsciente acredita nisso**. (Por sua vez, poder-se-á dizer que devem ser levadas em consideração as duas possibilidades: aquilo em que o inconsciente acredita pode não ser real, mas, também, pode sê-lo). Toda a ambigüidade reside precisamente aí. O que quer dizer a palavra crença, quando aplicada ao inconsciente? O que é isso de um inconsciente que acredita, ao invés de produzir? Quais são as operações, os artifícios que injetam crenças no inconsciente - e crenças que nem sequer são irracionais mas, pelo contrário, demasiado racionais e em conformidade com a ordem estabelecida?

Somente quando o oprimido apresenta um discurso que se contrapõe ao mito, passa a ter a sua própria fala, ou seja, politiza-se. Uma fala que se mostra, então, política, o é no sentido de transformação histórica, de possível ruptura de uma aparente naturalidade. Assim, aquele que faz o mundo, o

⁸ O termo metalinguagem pode ser entendido como aquela linguagem que, ao unir um conceito ao seu sentido, estabelece essencialmente uma relação de deformação, na qual o significante e o significado mantêm relações de naturalidade.

oprimido, ao assumir a sua própria fala pode ter, então, uma linguagem ativa, transitiva (política). Este que conserva o mundo, o opressor (ou o oprimido que não assume a sua própria fala), detém a fala plenária, intransitiva, gestual, teatral, em outras palavras, detém a linguagem mítica (metalinguagem).

Daí poder-se inferir que o objetivo da linguagem do oprimido é a transformação, enquanto o objetivo da linguagem do opressor é a eternização, ou seja,

sempre que o homem fala para transformar o real, e não mais para conservá-lo em imagem, sempre que ele associa a sua linguagem à produção das coisas, a metalinguagem é reenviada a uma linguagem-objeto, e o mito torna-se impossível. Eis a razão porque a linguagem propriamente revolucionária não pode ser uma linguagem mítica (Barthes, 1993, p. 166).

O ato revolucionário aparece na capacidade de viver as próprias instituições como mortais, de as modificar ou destruir de acordo com as articulações do desejo e do campo social, como autêntica expressão da criatividade institucional: “é este o critério, pelo menos formal, para distinguir a instituição revolucionária da enorme inércia que a lei comunica às instituições numa dada ordem estabelecida” (Deleuze e Guattari, 1966, p. 65).

Diante das reflexões sintetizadas desses autores, abre-se um imenso espaço de questões sobre a enfermagem e seu trabalho, as razões para terem sido reverenciados valores e condutas que carecem do vigor necessário do processo desejante, como se, ao invés de atores, os trabalhadores da enfermagem tornem-se sujeitados. A questão é se este “assujeitamento” a outrem se dá por delegação legal ou por absorção histórica, tendo sua

dimensão explorada em inúmeros trabalhos⁹. O desafio desta pesquisa é confirmar a tese de que esse ultradimensionamento conflui num mito que pode ser esvaziado, porque nenhum benefício traz, a não ser o de servir à ordem vigente de distribuição hierárquica de poder como única e necessária alternativa.

A partir do tema da suposta existência de um mito que confere subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina, exposto como meu objeto de interesse, seleciono, do anteriormente apresentado, algumas premissas que considero relevantes e dignas de serem enfatizadas, pelo teor elucidativo que apresentam:

- o mito é uma fala definida muito mais por sua intencionalidade do que por sua literalidade e que se transforma em intenção histórica, como se fosse um fato natural, operando uma despolitização a serviço dos interesses hegemônicos da classe dominante para a conservação e manutenção do *status quo*;

- nos grupos sujeitados, a ordem estabelecida é investida nas suas formas repressivas, constituindo terreno fértil ao florescimento de mitos;

- o mito, ao ser apropriado, é consumido, inocentemente, como um sistema indutivo, factual, tendo como função deformar e não fazer desaparecer o real, pois o designa e notifica, faz compreender e o impõe;

- o mito não se torna apenas um signo, mas se realiza nos rituais, portanto, um mito não se conserva sem um rito;

⁹ Almeida e Rocha, 1989; Almeida et al., 1989; Collière, 1989; Germano, 1985, Leopardi et al., 1989; Lima, 1993; Lopes, 1988; Lunardi, 1994; Melo, 1986; Meyer, 1991; Pires, 1989, 1996; Silva, 1986, somente para enumerar alguns.

- um mito pode ser antigo, mas não eterno.

Com base nessas premissas, pretendi, com a realização desta pesquisa, demonstrar que o discurso hegemônico na saúde e na sociedade tem sido incorporado pelos profissionais de enfermagem, principalmente pelos enfermeiros, levando-os a perceberem-se despossuídos de autonomia e poder decisório e a perceberem o trabalho que realizam como subalterno, como um trabalho de segunda categoria, dentre outros atributos negativos que poderiam ser apontados.

Ao ser assim percebido, como naturalmente evoluído e não construído, quando a fala sobre ele o despoja de sua historicidade, este trabalho apresenta características míticas, uma vez que os enfermeiros parecem não ter percebido o exercício de poder e autonomia que emana das atividades assistenciais, organizacionais e gerenciais que desempenham no microespaço onde exercem as funções inerentes à sua qualificação profissional.

1.3 - OBJETIVOS

A partir do anteriormente exposto, estabeleci para serem alcançados com a realização desta pesquisa, os seguintes objetivos:

1 - demonstrar a existência de elementos da realidade da prática assistencial que possam servir à desmitificação do trabalho da enfermagem como subalterno ao trabalho da medicina;

2 - apresentar argumentos ao enfermeiro para perceber-se, desejar e assumir como o profissional mais indicado ao exercício da função de administrador da assistência global de saúde, no microespaço onde

exerce suas atividades profissionais, no âmbito intra e/ou extra-hospitalar.

Para alcançar os objetivos propostos, procurar responder à questão norteadora e dar sustentação à tese formulada, minha opção se deu por desenvolver uma pesquisa qualitativa, realizada por meio da observação de enfermeiros no desempenho cotidiano de funções e atividades nos seus locais e respectivos turnos de trabalho. Para a análise, elaborei um referencial teórico, a partir de autores que percebi como capazes de me darem sustentação e subsídios para a realização dessa empreitada.

CAPÍTULO 2

O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ESTRUTURA DO TRABALHO GERAL

É perfeitamente concebível que um outro tipo de sociedade se organize, a qual preserve processos de singularidade na ordem do desejo, sem que isso implique uma confusão total na escala da produção e da sociedade, sem que isso implique uma violência generalizada e uma incapacidade de a humanidade fazer a gestão da vida.

Félix Guattari

A construção desse texto foi se desenvolvendo a partir da leitura de autores que favoreceram melhor compreender a problemática geral do trabalho humano, sua divisão social e técnica e o modo de organização das diferentes formas e processos pelos quais este mesmo trabalho se realiza, bem como suas implicações na vida do trabalhador.

Antes de expor os aspectos concernentes à inserção do trabalho da enfermagem na estrutura do trabalho geral e de como o trabalho tornou-se fonte de degradação do trabalhador, objetivos maiores do presente capítulo, cabe salientar que compartilho com Leopardi (1994) da certeza de que há algo de indesejante com o ser humano em sua relação com o trabalho, uma vez que o sentido exclusivamente econômico dado à atividade laboral tem originado um *deficit* humano na própria vida do trabalhador, conseqüentemente, levando à sua própria degradação.

Essa mesma certeza faz-se acompanhar da “esperança da possibilidade da reconstrução do trabalho, para a emergência do trabalhador homem-vivo” (*op. cit.*, p. 179). Enriquez (1996) considera que as elites capitalistas conseguiram transformar quase todos os demais seres humanos em trabalhadores, tomando, assim, o trabalho a atividade social mais valorizada, quando não a única¹. Encontrar um novo sentido para o trabalho humano, nem como centralidade (pois o trabalho não pode ser encarado como o único fato relevante da vida dos indivíduos), nem como marginalidade: eis, aí, o grande desafio!

¹ O trabalho, sob esse ângulo, considerado como fator básico de socialização, como a atividade principal, como uma espécie de cimento social, constitui-se no “elemento definidor, embora não exclusivo, de boa parte do sentido da vida dos indivíduos. Por isso, o não-trabalho assume, igualmente, um papel fundamental” (Cattani, 1996, p. 40).

A consciência de que a produção das desigualdades entre os homens se dá ao mesmo tempo em que se produz a riqueza pelo trabalho é dolorosa. Tal consciência nos impinge a necessidade de buscar ultrapassar as imposições da norma alienante, para assumir a construção desse novo modo de ser homem, ou seja, homem-vivo, antes de ser trabalhador, e encontrar um sentido humano para o trabalho de modo que, paralelo à produção de riquezas, não se produza a morte do prazer, da vitalidade, da ética, da estética e da liberdade, marcantes aspectos de sua totalidade (Leopardi, 1994).

Leopardi (*op. cit.*, p. 179) considera que a modernidade cobrou e, ainda, tem cobrado um alto preço ao trabalhador, em relação aos benefícios que lhe tem conferido. Ao sacralizar os objetos produzidos, “cada vez mais carregados de símbolos, o homem sobrevive ao desgaste, transferindo-o artificialmente para a renovação dos objetos”, transpondo, simbolicamente, para esta rotina de renovação a sua própria permanência. Concordo com esta autora, quando afirma que a vida torna-se virtual nos objetos descartáveis, que devem ser adquiridos com o seu salário.

Desse modo, o trabalhador, impregnado por essa lógica, percebe na busca por maiores ganhos a única alternativa capaz de lhe possibilitar condições para poder viver melhor, ser feliz e ter prazer; o dinheiro passa a ser o passaporte para a felicidade. Esta felicidade, assim conquistada, frágil e fugaz, na maioria das vezes, resume-se a um raro momento de gozo pela aquisição e consumo² de algo, cada vez mais passível de substituição.

² Nas sociedades em que o consumo constitui-se como um valor supremo, a redução ou perda do poder de compra corresponde a uma dura provação. Assim, a impossibilidade de atender aos “apelos do consumo, constantemente renovados, a abundância visível, ostentatória, em todos os níveis e situações, transformam-se em fatores de angústia e de frustração” (Cattani, 1996, p. 72).

Assim, o homem ocupa o espaço, no qual ele é imprescindível, e as funções que lhe são reservadas: como trabalhador e consumidor, muito embora o sistema, no estágio em que se encontra, necessite desse mesmo homem, cada vez menos como trabalhador para produzir os produtos e, cada vez mais, como possível consumidor daquilo que é produzido, para continuar viável.

2.1 - A PROBLEMÁTICA GERAL DO TRABALHO: DE COMO O TRABALHO TORNOU-SE FONTE DE DEGRADAÇÃO DO TRABALHADOR

A palavra Trabalho, de uma forma mais genérica, pode designar o processo de transformação da matéria natural em objeto de cultura pelo homem, uma vez que não se considera trabalho o simples ato de apropriação de materiais, tais como esses se apresentam na natureza. Entende-se por trabalho qualquer atividade que altera o estado natural das coisas para melhorar sua utilidade e para, dessa forma, melhor satisfazer as necessidades dos homens. Trabalho é, portanto, o esforço, enquanto processo e ação, e o resultado, enquanto obra concluída.

Seu aparecimento como atividade econômica só se deu à medida que os homens tomaram-se numerosos demais para sobreviverem dos frutos espontâneos da terra. Desse modo, o trabalho teve sua origem em decorrência do risco dos homens não encontrarem na natureza aquilo que assegura sua subsistência, acentuando as pressões da necessidade e fazendo crescer suas carências, coagindo-os a trabalhar.

O trabalho como atividade proposital, orientada pela inteligência, ultrapassando a mera atividade instintiva, é um produto da espécie humana que, por sua vez, constitui-se no resultado desta mesma forma de trabalho,

num processo de circularidade. O trabalho, assim considerado, é a “força que criou a espécie humana e a força pela qual a humanidade criou o mundo como o conhecemos” (Braverman, 1987, p. 53). Em outras palavras, ao agir sobre a natureza e transformá-la, o homem modifica sua própria natureza.

O trabalho humano, desse modo, social e culturalmente desenvolvido, necessita de uma vasta gama de atividades produtivas para sua concretização. Para dar conta desse aspecto, houve a necessidade de ser organizado. Dessa maneira, a organização do trabalho pode ser vista como uma forma que o próprio homem lançou mão para maximizar as potencialidades humanas, tornando mais produtivas suas forças, por fazer as pessoas trabalharem juntas, levando para uma tarefa comum suas capacidades e conhecimentos individuais.

Há que se entender que esta forma de organizar o trabalho não se resumiu, apenas, a uma simples maximização, no sentido de tirar o máximo proveito das capacidades e conhecimentos individuais. Constituiu-se, também, em potencialização, não só do trabalho - que por ser coletivo produz mais do que a soma dos trabalhos individuais -, mas, infelizmente, no modo de produção capitalista, com a adoção do modelo tayloriano de gerência científica, da possibilidade de expropriação da vida em si mesma, seu efeito perverso.

Segundo Braverman (1987), os processos de trabalho ativo, potencialmente presentes na força de trabalho humano, apresentam-se diversificados quanto ao tipo e modo de desempenho que, até mesmo, podem ser considerados infinitos, pelas inúmeras possibilidades de organização que o trabalho apresenta. Por outro lado, este mesmo trabalho tem se mostrado capaz de realizar uma produção maior do que as necessidades de consumo,

configurando-se numa capacidade de apresentar como resultado um trabalho excedente.

Fundamentalmente, o que diferencia a força de trabalho humano não é essa capacitação, mas seu caráter proposital e inteligente, que lhe confere uma adaptabilidade infinita e que produz as condições sociais e culturais para ampliar sua própria produtividade, de forma que o excedente possa ser continuamente aumentado. Esta busca da maximização da produtividade³ refere-se, principalmente, a modificações nas condições materiais e organizacionais do trabalho, incluindo-se, ainda, profundas modificações no próprio processo de trabalho.

Na medida em que acréscimos de produtividade, capazes de determinar reduções na quantidade de trabalho remunerado por unidade de produto (ou serviço) podem ser obtidos, estará sendo elaborado um produto (ou serviço) cujo valor estará abaixo de seu valor social de produção. Ou seja, o tempo gasto efetivamente na produção sendo inferior, esse diferencial será apropriado pelo capital. A valorização do capital está diretamente associada à redução dos

³ Seligmann-Silva (1994) apresenta algumas formas utilizadas para a maximização da produtividade no trabalho, entre as quais: dispensas maciças, resultando em sobrecarga laboral aos trabalhadores remanescentes; prolongamento da jornada de trabalho; intensificação do ritmo de produção; acúmulo de funções ou do volume de atividades designadas a um mesmo trabalhador; desvio de função, muitas vezes sem o necessário treinamento, podendo levar a falhas na produção e maior risco de acidentes; restrição ao número e duração das pausas ou, até mesmo, sua completa supressão; contenção das despesas com segurança, higiene, manutenção, etc.; e intensificação das formas de dominação, sejam coercitivas e autoritárias ou mais sutis e sofisticadas, com vistas a garantir a disciplina e submissão ao sobretrabalho. Morgan (1996) ressalta que tais elementos dão razão aos críticos mais radicais da organização moderna, quando afirmam que muitas empresas incrementam seus resultados à custa da exploração e da dominação da saúde, bem como do bem-estar e segurança dos empregados, uma vez que, quase sempre, é mais barato pagar indenizações por acidentes do que melhorar as próprias condições de trabalho. Pode-se afirmar com certa convicção que tais formas de maximização da produtividade no trabalho não são estranhas ao trabalho hospitalar e, especialmente, ao trabalho da enfermagem.

tempos de produção, que passa a ser a principal alternativa de ação no sentido de valorizar-se.

Em outras palavras, na esfera produtiva, com vistas à sua real valorização, o capital age no sentido de aumentar a quantidade de trabalho excedente apropriada sob a forma de produto, por meio da redução dos tempos de produção. Dessa forma, ocorrerá um aumento na quantidade de mercadorias (ou serviços) produzidas e de excedente criado, aumentando a velocidade de rotação do capital investido na produção, em relação à unidade de tempo. As intervenções nas condições técnicas materiais do processo de trabalho, modificando a relação quantidade produzida/unidade de tempo, a intervenção no processo de concepção e organização do trabalho e a redução das porosidades no trabalho são formas de que o capital se utiliza para atuar sobre os tempos de produção.

Assim, a organização do trabalho é, em si mesma, um importante instrumento do homem, configurando-se num dos maiores veículos para a evolução social e de propósitos determinados, sendo especificamente humana. Urge estudos acerca dos efeitos da incorporação do progresso técnico-científico sobre a organização do processo de trabalho, uma vez que cresce em importância o estabelecimento de uma relação entre a absorção de inovações tecnológicas e o advento de uma nova fase de crescimento econômico, combinando os prodígios da ciência e da tecnologia às necessidades humanas, em relação à qualidade de vida fora e no trabalho, eliminando, dessa forma, as distorções e perversidades presentes no modo de produção capitalista.

Apesar de que em toda e qualquer sociedade existem diferentes formas de organização do processo de trabalho, a valorização do capital é uma

dinâmica própria da sociedade capitalista. Neste tipo de sociedade, a divisão do trabalho⁴ constitui-se numa primeira forma de organização, segundo os objetivos de valorização do capital.

Embora em todas as sociedades conhecidas o trabalho tenha sido dividido e organizado em especialidades produtivas, esta forma de divisão do trabalho não é, de modo algum, idêntica ao fenômeno da distribuição de tarefas, ofícios ou especialidades da produção na sociedade capitalista. Isto porque nenhuma sociedade, anteriormente à instalação do capitalismo, subdividiu tanto e sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva, em operações limitadas e de forma tão generalizada. Esta forma de divisão, tão pormenorizada, ao destruir ocupações tradicionais, torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção.

Os processos de trabalho incorporaram e continuam incorporando, cada vez mais, uma quantidade maior de conhecimentos com o desenvolvimento da tecnologia e aplicação a ela das ciências fundamentais, porém, com o ônus de que: quanto mais a ciência é incorporada ao processo de trabalho, tanto menos o processo é compreendido pelo trabalhador; quanto mais a máquina torna-se um complicado produto intelectual, tanto menos o trabalhador a controla. As condições de trabalho, ao determinarem que o trabalhador não apreenda a lógica de sua tarefa, dificultam a emergência de seu pensamento crítico, no

⁴ A divisão do trabalho é característica de toda e qualquer sociedade; a divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a determinada finalidade ou ramo da produção. A divisão pormenorizada do trabalho na oficina é peculiar da sociedade capitalista e destrói ocupações consideradas como tal, privando o trabalhador do domínio do processo de trabalho. "Enquanto a divisão social do trabalho subdivide a *sociedade*, a divisão parcelada do trabalho subdivide o *homem* e, enquanto a subdivisão da sociedade pode fortalecer o indivíduo e a espécie, a subdivisão do indivíduo, quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade" (Braverman, 1987, p. 72).

qual possa desenvolver seu potencial ideativo como ser humano (Seligmann-Silva, 1994). “Em outras palavras, quanto mais o trabalhador precisa de saber a fim de continuar sendo um ser humano no trabalho, menos ele ou ela conhece” (Braverman, 1987, p. 360).

O que para o empregador apresenta-se como um problema de gerência, para o trabalhador representa a progressiva alienação em relação aos processos de produção. Assim, o trabalho configura-se como algo estranho aos desejos e aos interesses de grande parcela daqueles que o executam. “Por toda a parte, a máquina totalitária experimenta estruturas que melhor se adaptem à situação: isto é, mais adequadas para captar o desejo e colocá-lo a serviço da economia do lucro” (Guattari, 1987a, p. 188).

Dessa forma, o capital, pela divisão do trabalho, consegue parcelar, desvalorizar e simplificar o trabalho individual, constituindo a primeira forma do trabalhador coletivo e, assim, criar melhores condições para sua própria valorização. No dizer de Braverman,

o processo de trabalho produtivo tornou-se, mais do que nunca, um processo coletivo. (...) cada trabalhador já não mais pode ser considerado produtivo, no sentido individual, e a definição de trabalho produtivo aplica-se, apenas, a todo o conjunto de trabalhadores (1987, p. 353).⁵

Por outro lado, a mecanização, representada pela máquina-ferramenta, ao executar as mesmas operações que o trabalhador realizava antes com ferramentas semelhantes, incorpora essas habilidades como uma característica técnica do equipamento, permitindo que o processo de trabalho prescindia da habilidade do trabalhador para dar forma ao objeto. Por sua vez, a automação,

⁵ Guattari (1987a) apresenta que Marx frequentemente fala do trabalho como resultante de um trabalhador coletivo, constituindo-se de uma personagem abstrata, de ordem estatística, que, por sua vez, é resultante de um cálculo feito a partir do trabalho social médio.

sem deixar de progredir nesse sentido, tende a substituir uma grande parcela das operações intelectuais do trabalho, constituindo-se numa técnica de organização e realização do trabalho, na qual os métodos de manipulação e tratamento das matérias-primas, bem como o controle na fabricação referente ao funcionamento das máquinas e o condicionamento do produto acabado, integram-se num único sistema, permitindo o máximo de economia do trabalho físico e intelectual do homem, tornando prescindíveis, assim, também, seus conhecimentos (Garaudy, 1970).

A força de trabalho sempre se apresenta, por meio de agenciamentos de produção concretos, mesclando as relações sociais aos meios de produção, o trabalho humano ao trabalho das máquinas. “Nunca é um homem que trabalha - e pode-se dizer o mesmo quanto ao desejo -, mas um agenciamento de órgãos e máquinas” (Guattari, 1987a, p. 181).

Desse modo, a tendência evolutiva do processo de trabalho avança no sentido de fragmentar, cada vez mais, as tarefas, na tentativa de eliminar toda a exigência de qualificação (conhecimentos e habilidades) e, conseqüentemente, erradicar do processo produtivo os aspectos inerentes ao trabalho qualificado. Separar as tarefas de concepção das de execução, prever e padronizar as operações de produção são formas que o capital utiliza para independer do conhecimento e experiência do trabalhador qualificado.

Uma vez que a subjetividade⁶ do trabalho coloca-se em contraposição à valorização do capital, a divisão do trabalho contribui, significativamente, para

⁶ Enquanto pessoa dotada de subjetividade, que modula relações e usos pessoais dos próprios gestos e pensamentos, do espaço e do tempo, o trabalhador sofre a ação da dominação e exploração do trabalho, pois fica exposto a ser expropriado de componentes importantes de sua subjetividade, em situações onde a sujeição é intensa e na qual a correlação de forças capital/trabalho, particularmente, o desfavorece (Seligmann-Silva, 1994).

que as condições objetivas do processo de trabalho tornem-se, progressivamente, predominantes em relação às subjetivas, com vistas a um maior nível de controle do capital sobre o trabalho. A redução da subjetividade, desse modo, implica a perda de participação do trabalhador na concepção da tarefa e maior facilidade de intervenção do capital sobre a forma de realizar as operações e sobre o tempo e precisão do processo de trabalho, ou seja, resulta em maior controle.

No capitalismo, à criação da utilidade do produto agrega-se a produção de um potencial de troca. Neste modo de produção, a mercadoria é a unidade imediata dos valores de uso e de troca e o processo de produção de mercadorias é a unidade imediata dos processos de trabalho e de valorização. Assim, os processos de produção capitalistas transformam-se, incessantemente, sob o ímpeto da acumulação de capital, que se constitui em sua principal força norteadora.

Primeiramente, esta transformação manifesta-se, para os trabalhadores em geral, como uma contínua mudança nos processos de trabalho e, após, como uma redistribuição desse mesmo trabalho entre ocupações e atividades, cuja principal e mais marcante característica é a separação dos homens entre as ocupações de administradores e administrados e, ainda, sua separação entre as atividades de planejamento e execução. Isso pode ocorrer porque, mesmo que nos seres humanos a unidade entre a força motivadora do trabalho e o trabalho em si seja inviolável, a unidade de concepção e execução pode ser dissolvida. Ou seja, ainda que a concepção possa continuar e comandar a execução, o trabalho concebido por uma pessoa pode ser executado por outra; embora a força que direcione o trabalho continue sendo a consciência humana,

a unidade entre elas pode ser rompida no individual e restaurada no coletivo, seja no grupo, na oficina, na comunidade ou na sociedade como um todo (Braverman, 1987).

Para Braverman (*op. cit.*, p. 57), é esse “caráter infinitamente plástico do trabalho humano” que se constitui em recurso essencial para a expansão do capital. O caráter inteligente e proposital, que lhe confere uma imensa adaptabilidade e que produz as condições sociais e culturais para a ampliação de sua própria produtividade, de modo a aumentar, continuamente, o produto excedente, e não sua capacidade de produzir esse excedente, é que distingue a força de trabalho humano. Por outro lado, o que o capitalista paga, na forma de salário ao trabalhador, corresponde à força para trabalhar por um determinado período contratado de tempo e não por uma quantidade contratada de trabalho. Desse modo, o trabalhador mantém sua capacidade de trabalho e o capitalista só obterá vantagem, na barganha, se fixar o trabalhador no trabalho⁷. Em outras palavras, o que o capitalista compra é infinito em potencial, mas, no concreto, é limitado pelo estado subjetivo do trabalhador, por sua história, condições sociais gerais sob as quais realiza seu trabalho, bem como pelas condições da própria empresa e condições técnicas do trabalho.

⁷ A sustentação da vantagem competitiva quase sempre precisa ser obtida pelo aumento da produtividade da força de trabalho, em proporção maior do que a do aumento dos salários ou da substituição do trabalho por máquinas. Para Braverman (1987, pp. 67-8), a criação de uma “força de trabalho livre” conduziu a gerência primitiva a assumir formas rígidas e despóticas, utilizando-se de métodos coercitivos para habituar os empregados às suas tarefas e mantê-los trabalhando durante dias e anos. “Sob as novas e especiais relações do capitalismo, que pressupunham um ‘contrato livre de trabalho’, tiveram que extrair de seus empregados aquela conduta diária que melhor serviria a seus interesses, impor sua vontade aos trabalhadores enquanto efetuassem um trabalho em base contratual voluntária”. Desse modo, o moderno proletariado industrial, pela compulsão, força e medo, mais do que pelo atrativo ou recompensa monetária, assumiu o papel que lhe foi destinado.

O empregador é aquele que possui a unidade de capital, cujo esforço direciona-se à sua ampliação e para a qual converte parte desse capital em salários. O trabalhador é aquele que, por não dispor de condições sociais para manter sua vida, tem como única alternativa a venda de sua força de trabalho. O processo de trabalho tem seu início e se põe a funcionar a partir de um acordo ou contrato que estabelece as condições de compra e venda da força de trabalho e que, embora seja um processo concebido, originalmente, para criar valores úteis torna-se, nessa modalidade contratual, um processo para expandir o capital e dar origem ao lucro, dominado e modelado pela acumulação de capital.

Ao assinar o contrato de trabalho, o trabalhador é alienado, pois o processo de trabalho passa a ser de competência e responsabilidade do empregador. Morgan (1996) nos apresenta que, em relação a diversos aspectos, pode-se dizer que a administração moderna foi criada pelo sistema de trabalho assalariado que, fora dos sistemas de trabalho escravo, para a obtenção do lucro, passou a depender da eficiência no uso do tempo da força de trabalho contratada.

Daí, a importância da divisão dos ofícios para baratear suas partes individuais, numa sociedade baseada na compra e venda da força de trabalho. Porém, nunca se cuidou de outra coisa a não ser a de preservar o *status quo*, sem mudar em nada a ordem estabelecida, o modo de produção e, sobretudo, a redistribuição das riquezas produzidas; mudanças só das atitudes e comportamentos dos empregados (Aktouf, 1996).

A plena utilização da força de trabalho implica a exacerbação de interesses opostos: de um lado o empregador, para cujos propósitos o processo

de trabalho é executado e, de outro, o trabalhador que o executa. Sob esta perspectiva, pode-se afirmar que, na sociedade capitalista, “algumas pessoas têm poder suficiente [por deterem os meios de produção] para forçar ou induzir outras [por não deterem tais meios de produção] a trabalharem para elas, de tal forma que lhes reste muito pouco a fazer [desenvolver novas formas de organizar o trabalho para torná-lo cada vez mais produtivo e lucrativo]. Ficam ‘livres’ [para usufruir dos resultados da exploração e dos resultados do sobretrabalho]” (Skinner, 1983, p. 133).

A transformação dos processos de trabalho e o modo como são organizados neste modelo, apesar da maior produtividade que engendrou, teve como resultado pouco ou quase nada de retorno ao trabalhador que tem sido, sistematicamente, expropriado não só dos frutos de seu trabalho, mas, inclusive, roubado em sua herança profissional, sendo privado também da satisfação do ofício, oriunda do domínio proposital e consciente do processo de trabalho.

Indo mais além, pode-se afirmar que a organização científica do trabalho empenhou-se em preparar a execução das tarefas, de maneira a impedir e mascarar o apelo às aptidões e necessidades mais profundas dos indivíduos. Ou seja, acentuando a divisão do trabalho, em decorrência dessa forma de organização, levou, cada vez mais, à redução da unidade de trabalho⁸, invocando vantagens que permitiam simplificar a aprendizagem dos principiantes, reduzida a uma tomada de contato que, amiúde, não passava de alguns poucos dias.

⁸ Até a Revolução Industrial, o ofício ou profissão qualificada era a unidade básica, a célula elementar do processo de trabalho.

No modo de produção capitalista, a contínua e progressiva fragmentação das antigas profissões unitárias e a resultante degradação da habilidade profissional, em decorrência não tanto do aperfeiçoamento das máquinas e da conseqüente automação resultantes dos avanços tecnológicos e científicos, mas pela própria organização científica do trabalho, originou, além do desaparecimento dessas antigas profissões, um processo de desqualificação das tarefas. Antes de tudo, o trabalho é despersonalizado pela tendência constante de simplificação e padronização das tarefas, não apenas determinando, mas, estreitando também a hierarquia das qualificações e, paralelamente, a escala dos salários.

Por outro lado, tudo isso faz-se acompanhar, amiúde, pela (in)consciência do trabalhador de não poder jamais acabar uma tarefa, de não poder jamais dizer a si próprio que realizou alguma coisa por si mesmo e que a fez bem feita. Um trabalho despersonalizado, sempre inacabado, pode ser reconhecido como um trabalho desprovido de participação e de significado. Por sua vez, o desenvolvimento do sentimento de anonimato entre a massa de trabalhadores aparece, reforçado ainda mais pela falta de integração moral numa empresa onde não participa nem das decisões, nem das responsabilidades⁹. Para Deleuze e Guattari (1997b, p. 35), “já não há necessidade de um trabalho qualificado: há necessidade de um trabalho não qualificado, de uma desqualificação do trabalho”.

⁹ O controle é o eixo sobre o qual gira toda a gerência moderna. Por meio do controle das decisões que são tomadas no curso do trabalho, o trabalhador é obrigado a trabalhar, muito mais de acordo com as determinações e instruções provenientes da gerência, do que com base no seu próprio conhecimento, experiência e tradição (Braverman, 1987).

Percebe-se, dessa forma, que a desqualificação é inerente ao processo de trabalho no modo de produção capitalista, uma vez que o capital tem como objetivo a criação de funções que sejam calculáveis, de rotina padronizável, porque esse trabalho pode ser executado a uma velocidade máxima e com um mínimo de porosidade e, ainda, porque o capital quer trabalho barato e facilmente substituível.

Segundo Friedmann (1983), diversas pesquisas demonstram a importância das relações do trabalhador com a empresa para atenuar os efeitos nocivos exercidos em decorrência de tarefas muito divididas e parcelares. Embora não haja dúvidas de que os inconvenientes das tarefas muito especializadas atenuem-se, quando o trabalhador julga-se bem remunerado e sente-se membro de uma coletividade de trabalho democraticamente organizada, que lhe ofereça oportunidades de expressão e promoção, num clima calmo e confiante, o sentimento profundo de ser explorado pode comprometer, antecipadamente, qualquer tentativa de combater, eficazmente, os efeitos nocivos da excessiva especialização.

O trabalho representa algo bem mais amplo do que a simples manutenção da sobrevivência. Pode constituir-se na condição de realização da pessoa humana, na qual ela se exterioriza e se dignifica. Porém, quando este deixa de estar sob o domínio do trabalhador, como quando imposto e não voluntário, é trabalho forçado. Como tal, torna-se fonte de degradação e exploração, constituindo-se no trabalho alienado, com a conseqüente utilização deformada e deformante, tanto das potencialidades psíquicas como do próprio corpo do trabalhador (Leopardi, 1994).

Mesmo que grande ênfase seja dada às exigências de níveis de instrução, adestramento, emprego maior da inteligência e do esforço mental em geral, o trabalho moderno, conseqüentemente à revolução científico-tecnológica e à automação, “tornou-se cada vez mais subdividido em operações mínimas, incapazes de suscitar o interesse ou empenhar as capacidades de pessoas que possuam níveis normais de instrução” (Braverman, 1987, p. 15), ou seja, menor instrução e adestramento são necessários para a sua realização, apesar do discurso contrário. Tal assertiva serve para contestar, de uma vez por todas, o mito da crescente qualificação da força de trabalho. Para Friedmann (1983, p. 66), insistir na extrema divisão e especialização de tarefas “significa abusar grosseiramente ou utilizar mal esta ferramenta¹⁰ admirável, polivalente, que é o ser humano; e como acontece toda vez que se emprega mal uma ferramenta, não se obtém senão um rendimento diminuído e um trabalho medíocre”.

Assim sendo, a organização científica do trabalho, ao privar o trabalhador de conceber o seu trabalho e frente à sua burocratização crescente, aliena setores cada vez mais amplos da população trabalhadora. Na organização científica do trabalho, pode-se afirmar, com grande convicção, que o método proposto por Taylor visou, fundamentalmente, estabelecer um volume de informações que permitisse ao capitalista ou a seus representantes, na figura da gerência, a concepção de uma organização do processo de trabalho

¹⁰ A utilização do termo ferramenta dá a exata proporção de como a lógica utilitarista se impregna e impõe a visão mecanicista do homem, mesmo em autores que, como Friedmann, mostram-se extremamente preocupados com o resgate da humanidade e dignidade do trabalhador. A seleção desta assertiva teve o objetivo de elucidar, pela analogia apresentada com grande propriedade, como o desprezo às potencialidades humanas empobrece o ato de trabalhar.

que reduzisse e, se possível, anulasse a autonomia relativa do trabalhador nos postos de trabalho¹¹.

Taylor era contrário à participação mental dos trabalhadores naquelas tarefas que considerava como essencialmente manuais, passíveis de parcelamento, portanto capazes de serem reduzidas a determinados movimentos, em tempos rigorosamente prescritos. Nesta forma de conceber o trabalho, está totalmente ausente qualquer consideração quanto às variações individuais, no tocante à psicologia e fisiologia humanas e sua correlação com a vida social, não sendo considerados, tampouco, os fenômenos de acumulação de fadiga (Seligmann-Silva, 1994).

O trabalho, assim concebido, passa a ser uma sucessão encadeada e rotineira de tarefas previamente determinadas pela administração, separando a concepção da execução, caracterizando o trabalho em intelectual e manual. Neste modelo, o papel gerencial consiste na preparação das tarefas e na explicitação, por meio de normas e rotinas, do que deve ser feito, como deve ser realizado e o tempo gasto para sua execução.

Esta forma de realizar o trabalho também pode ser facilmente constatada no trabalho desenvolvido pelos trabalhadores da enfermagem. A realização das tarefas fica reduzida a uma atividade muito mais mecânica do que criativa, por haver se tornado desprovida da intencionalidade do trabalhador, recalcando as emoções, os impulsos e a imaginação, mantendo-se no mundo simbólico apenas quando sublimada pela gratificação íntima do sentimento de ajuda, veiculado por sua realização.

¹¹ Skinner (1983, p. 79) nos apresenta a seguinte assertiva: "o homem autônomo não pode ser modificado facilmente; na realidade, na medida em que é autônomo, por definição, ele já não é modificável a princípio". Daí, porque todos os esforços para reduzir-lhe a autonomia.

✕ Neste modo de produção, o trabalhador, desapropriado de sua competência, é cada vez mais mutilado e despojado de seu caráter humano e inteligência, sendo estes, especialmente na indústria, cada vez mais incorporados à máquina. O trabalho do produtor unitário é cada vez mais privado de seu conteúdo humano, tornando-se puramente repetitivo e maquinal.

O fato do trabalhador estar sendo desapropriado de sua competência e esta, agora, sendo apossada e centralizada na direção, torna possível uma redivisão do trabalho e uma redefinição dos modos operatórios, em detrimento da livre organização do trabalho, até há algum tempo seu privilégio. Este passa a ser construído no limite da uniformização e da homogeneização, comprometendo sua força e coesão social e tendo como resultado uma produção de produtos ou serviços sem prazer concreto, por não tornar possível o ato criativo.

Este trabalho assim desqualificado constitui-se em ameaça, cada vez maior, às categorias que, até recentemente, podiam extrair prazer e auto-realização com sua execução. Tal processo vem se exacerbando à medida que são implantadas novas e sofisticadas tecnologias vinculadas a modificações da organização do trabalho, nas quais o conteúdo das tarefas não permite espaço à criatividade, tornando-o repetitivo e monótono.

Cabe aqui ressaltar o caso da enfermagem, quando desenvolvida na modalidade de trabalho organizado segundo funções. Nesta modalidade, o contato interpessoal, principalmente entre enfermeiro e pacientes, é mínimo, pois as atividades são parceladas e realizadas de modo seriado, segundo diferentes atribuições, designadas às diversas categorias profissionais da enfermagem.

Como consequência do esvaziamento afetivo, surge a insatisfação, o absenteísmo, o desejo de abandonar e, até mesmo, o abandono da profissão. Há prejuízos da qualidade do trabalho, decorrentes da perda do interesse por atividades que são esvaziadas de significado e que não costumam resultar em reconhecimento, nem dos pacientes, nem da hierarquia hospitalar. A fragmentação das tarefas, com o consequente esvaziamento do significado de seus conteúdos, é uma determinante da desqualificação, quer seja de uma atividade predominantemente física, quer seja de uma atividade predominantemente mental. A fragmentação atua de forma radical na supressão de qualquer possibilidade de sublimação¹², uma vez que tanto a repetitividade como a monotonia são, geralmente, incompatíveis com o ato de sublimar.

A sublimação permite a articulação pelo indivíduo dos significados do seu desejo à busca do reconhecimento social, mas, no trabalho desqualificado, a sublimação não tem vez. "As consequências desta importante constatação têm muito a ver com o sofrimento mental dos trabalhadores e também com a constituição da alienação" (Seligmann-Silva, 1994, p. 124).

¹² Segundo Dejours e Abdoucheli (1994), a sublimação é um processo psíquico, através do qual as pulsões encontram uma saída dessexualizada no campo social. Por outro lado, vêem com dificuldade como o trabalho parcelar poderia oportunizar ocasião para sua ocorrência. Conforme Dejours (1993), a sublimação é muito melhor distribuída do que a capacidade de construir uma economia erótica estável. Prova disso é que muitas pessoas só conseguem manter-se equilibradas e obter satisfações afetivas graças ao trabalho. Dessa forma, trabalho e sublimação aparecem como operadores fundamentais da saúde mental. Muito freqüentemente, o entrave ao jogo sublimatório não é resultado da incapacidade psíquica do sujeito, tanto quanto da ausência das condições organizacionais necessárias ao estabelecimento da ressonância simbólica. O sujeito, na impossibilidade de elaborar nas organizações essas condições favoráveis, não se beneficia do trabalho para dominar o sofrimento e transformá-lo em criatividade. Já Deleuze e Guattari (1966, p. 147) afirmam que "não é o anal que se propõe à sublimação, é a sublimação que é completamente anal; assim, a crítica mais simples que podemos fazer à sublimação é dizer que ela não nos faz sair da merda".

Há determinadas tarefas e ocupações que podem apresentar significados que conduzem à discriminação e desvalorização de quem as executam. Dessa forma, a desvalorização, freqüentemente, é introjetada pelo trabalhador, tendendo à auto-depreciação e, não raro, sua identificação é maior com os “conteúdos ‘sujos’ e ‘mortos’ do seu trabalho” (*op. cit.* p. 127), como bem se pode observar, em relação aos trabalhadores da enfermagem que, pela forma como se referem às atividades que realizam, dão mostras de percebê-las como desprovidas da real importância que detêm no contexto da assistência global¹³.

Dentre outras razões, acredito que esta auto-desvalorização dos trabalhadores da enfermagem, provavelmente mais sutil, mas igualmente poderosa, se deva ao fato de não considerarem como premissa uma idéia geradora de novas posturas profissionais, ou seja, que se pode cuidar sem tratar, mas não se pode tratar sem cuidar, tal como propõem diversos autores e teóricos da enfermagem, como Madeleine Leininger e Jean Watson.

A partir de uma visão preconceituosa, fatos como estes são corroborados por premissas aceitas e consagradas pela lógica do capital:

- 1) o trabalho de pessoas mais instruídas ou daquelas que percebem maiores salários não deve ser desperdiçado em atos que podem ser

¹³ Collière (1989, p. 359) apresenta o texto “A vocação da Enfermeira” do Padre Sanson, citado por Mille. Greiner, na sua conferência sobre moral profissional feita em Estrasburgo, em janeiro de 1936 (*L’Infirmière Française*, 1936, p. 110-11), onde a exaltação do servir abnegado e da obediência promove uma inversão na percepção do trabalho da enfermagem, colocando maior ênfase e valor naquilo que é reconhecidamente mais desvalorizado e que se tem consciência de tal desvalorização, porém, contraditoriamente, considerado como o mais dignificante para a enfermagem, que deve “aceitar, como Jesus fez durante trinta anos, tarefas repugnantes, trabalhos manuais ‘aborrecidos e fáceis’ de que muitas pessoas se crêem legitimamente dispensadas pela sua inteligência, pela sua fortuna ou pelo seu nascimento”.

realizados por pessoas menos instruídas, definidas, assim, como menos qualificadas;

- 2) pessoas com pouca ou quase nenhuma instrução são mais úteis para o desempenho de trabalhos rotineiros porque podem ter menor remuneração e, ainda, porque, avessas às atividades intelectuais, seguirão as rotinas fiel e corretamente.

O processo de trabalho, dessa forma, detém uma polarização em seus extremos: de um lado aqueles cujo tempo é infinitamente valioso e, de outro, onde se encontra a grande maioria dos trabalhadores, como os trabalhadores da enfermagem, cujo tempo quase nada vale. Sob essa ótica, existe, por um lado, na área da saúde, uma maior valorização do tempo destinado à realização dos cuidados considerados como de caráter mais nobre, porque prestados por uma elite social reconhecida como mais intelectualizada, e, por outro, uma menor valorização do tempo e a conseqüente desvalorização daqueles que prestam cuidados próximos do corpo, porque tais cuidados são considerados vis e subalternos.

Esta minimização da valorização dos cuidados indispensáveis à vida cotidiana, bem como sua fragmentação em tarefas hierarquizadas, prejudicam tanto a valorização como o reconhecimento social e econômico dos cuidados de enfermagem que, por extensão, reflete-se sobre a profissão como um todo, configurando-se, assim, como um trabalho considerado desqualificado, podendo reforçar o mito de sua subalternidade.

Geralmente, os salários mais baixos são atribuídos ao trabalho dito desqualificado, em outras palavras, um trabalho tido como aquele que pode ser

realizado por qualquer um¹⁴, por não necessitar de treinamento ou experiência prévia; estes últimos, considerados como parâmetros do critério desqualificador¹⁵. Desse modo, o que vem ocorrendo na prática é o interesse econômico de caracterizar como simples e desqualificados trabalhos que, na realidade, não o são, entre eles o da enfermagem, justa e principalmente, pelo fato de virem a representar menores custos e maiores lucros para o empregador, pela possibilidade de maior exploração que apresentam. Em parte, porque os trabalhadores da enfermagem ainda não foram capazes de “fortalecer e afirmar os efeitos sócio-econômicos do seu trabalho que, no essencial, continua invisível” (Collière, 1989, p. 15).

A origem desta invisibilidade do trabalho da enfermagem pode ser buscada na própria evolução histórica da profissão porque, ao ser exercido apenas como caridade, era um trabalho oferecido gratuitamente e a serviço dos pobres, sem a emergência da consciência deste trabalho em saúde ser o eixo de um sistema econômico altamente rentável. Como força de trabalho, todo o pessoal consagrado à caridade, não apenas garantia o ingresso de recursos às

¹⁴ Florence Nightingale, em relação ao pensamento dominante em sua época e, ainda, a meu ver, bastante atual, no tocante à qualificação necessária para o exercício da enfermagem, faz a seguinte crítica: “parece idéia comumente aceita por homens, e mesmo por mulheres, que para transformar uma mulher em boa enfermeira nada é mais necessário do que um desapontamento amoroso, a falta de um objetivo na vida, um enfado de tudo ou a incapacidade para outras atividades (Nightingale, 1989, p. 147).

¹⁵ Skinner (1983) oferece elementos para que se possa entender porque determinadas profissões, como, por exemplo, a enfermagem, parecem ser melhor compreendidas em suas ações, conduzindo a uma desqualificação das mesmas, por serem mais “familiares” ao leigo, quando afirma que o inexplicável é reverenciado, não se constituindo em surpresa a tendência que se observa de que quanto menor for a compreensão que se tenha de determinada ação ou comportamento, maior será a admiração que desperta. Tal fato conduz a uma supervalorização e atribui maior qualificação às profissões, como a medicina, cujas ações ou comportamentos são incompreendidos pelo leigo, por não lhes ser tão familiar.

instituições ou ordens a que estava filiado¹⁶, independentemente da relação com uma avaliação da qualidade dos cuidados que prestavam, mas constituía-se em mão de obra gratuita, sendo-lhe asseguradas, em troca, somente as condições mínimas de subsistência. Segundo Lunardi (1998, p. 31), a prática da enfermagem, ao não ser percebida como um trabalho a ser remunerado,

já favorecia a exigência de um trabalho sem limites, sem preço, até por não ser reconhecido como um trabalho deste mundo, ou por ser percebido como um trabalho cujo pagamento e/ou recompensas não seriam dadas nesse mundo.

O trabalho da enfermagem, assim concebido, não apresenta limites porque as práticas de cuidado nunca constituíram objeto de estimativa: em duração, número de doentes atendidos, tipos dos cuidados realizados, sua penosidade, dentre outros. É um trabalho inestimável, idealmente de tão grande valor que se torna impossível compará-lo a qualquer outro. Não há como estimar um preço, o que o caracteriza como um trabalho que pode vir, até mesmo, a prescindir de uma legislação do trabalho específica. Sendo assim, as práticas de cuidados irão manter, até os dias atuais, “um valor econômico flutuante, que navega entre o valor de uso e o dom gratuito, o que entrava, consideravelmente, o reconhecimento social e econômico do serviço de enfermagem” (Collière, 1989, p. 73).

Por outro lado, a simplicidade do trabalho da enfermagem está posto pelo próprio conceito de saúde, restrito à visão mecânica do corpo e ao modo clínico de tratá-lo. Dado que a parcela intelectual prescritiva nesta abordagem pertence ao médico, torna-se consequência que as tarefas consagradas como

¹⁶ Barros (1996b) considera preocupante as afiliações, pois estabelecem rituais mumificados, produzem modos de subjetivação serializados garantidos pela identidade entre os membros pela identificação com o líder.

execução da prescrição se amoldem a um padrão rotineiro e automatizado. Se, porém, como se tem posto na enfermagem, o conceito se ampliar, modifica-se o significado e complexifica-se a própria natureza dessa profissão¹⁷.

Em relação a isso, Florence Nightingale, já em 1859, demonstrava toda a sua indignação a essa forma de ser percebida a enfermagem, quando escreveu que

existe uma convicção arraigada e universal de que ministrar medicamentos [ou qualquer outro cuidado, desde que prescrito pelo médico] (...) significa estar fazendo tudo o que pode ser feito por ele [paciente] e de que propiciar o arejamento do ambiente, o aquecimento e a limpeza é o mesmo que não estar fazendo nada (Nightingale, 1989, p. 15).

Segundo Seligmann-Silva (1994, p. 40), “a exploração produz a exaustão e a exaustão obscurece a consciência, abrindo caminho à alienação”. Leopardi (1994, p. 182), em relação a este tema, diz que há

uma fadiga que envolve a imensa maioria da população do planeta, que não tem disposição para resistir ao consumo, não tem disposição para ser original e criativa, não tem disposição para saber mais, porque o desgaste de sua vida no trabalho a inutiliza para o uso de si própria como elemento de prazer. Não se trata de uma fadiga energética pura, mas uma fadiga subterrânea pelo stress, pela tensão e pela alienação.

Deleuze e Guattari (1996, p.23) afirmam que os empregadores sabem que

é necessário guardar o suficiente do organismo [do trabalhador] para que ele se recomponha a cada aurora; pequenas provisões de significância e de interpretação, é também necessário conservar, inclusive para opô-las a seu próprio sistema, quando as circunstâncias o exigem, quando as coisas, as pessoas, inclusive as situações nos obrigam; e pequenas rações de subjetividade, é preciso conservar suficientemente para poder responder à realidade dominante.

¹⁷ Este parágrafo fará parte da introdução do livro sobre o processo de trabalho, em fase de elaboração e de autoria de Maria Tereza Leopardi.

A principal exigência imposta ao trabalhador é que ele se submeta ao todo, mantendo o fluxo do processo, com interferência criativa mínima, porém com a criatividade necessária e suficiente à inovação, que permita melhorá-lo para enfrentar momentos em que o processo esteja dificultado, resolvendo possíveis crises. Nos períodos de crise, cresce a pressão sobre o trabalhador, por meio de maiores exigências de produtividade e de qualidade no trabalho. Para dar conta de tais exigências e para aliviar-se dessa carga, há a busca do desenvolvimento de métodos ou aperfeiçoamento de instrumentos para atender tais solicitações, com vistas a incorporar ao processo de trabalho novos meios para reduzirem o tempo de trabalho e aumentarem a produtividade. Tais meios de trabalho, mesmo quando criados e desenvolvidos pelo trabalhador, deixam de ser sua propriedade, pois são prontamente apropriados pelo capital.

A desqualificação do trabalho favorece a super-exploração e a elevação do desgaste do trabalhador. O uso dessa estratégia desqualificadora, principalmente em relação ao trabalho feminino, e especialmente em relação ao trabalho da enfermagem, constitui-se no que Seligmann-Silva (1994, p. 129) denomina de “uma **desqualificação fabricada pelo capital**, fundamentada no interesse pela redução de custos”. Para esta autora, em qualquer das situações de desqualificação associadas à discriminação, há a convergência de ações tensiogênicas que se fazem sentir a partir do ataque à dignidade, da auto-desvalorização derivada da desqualificação e dos sentimentos de fracasso que emergem em tais circunstâncias.

O desrespeito à condição humana, contido no excesso de trabalho, na exposição do corpo e da convivência familiar e na desconsideração com que é tratado pelas chefias, atinge a dignidade do trabalhador. “O ataque à dignidade

é utilizado para, a partir da humilhação, 'quebrar o orgulho', 'dobrar' e obter a sujeição do assalariado. Com a submissão, estariam garantidas a vitória e a plenitude da dominação" (*op. cit.*, p. 115).

A dominação no trabalho, como aspecto nuclear na constituição do desgaste, ataca a dignidade e fere a autonomia, produzindo rupturas mentais e psicossociais, atingindo a estabilidade psicossomática e, ao mesmo tempo e à medida que esmaga a identidade e aprisiona a alma no medo, produz o sofrimento. E, em relação a tais situações, a enfermagem não se constitui em exceção.

A organização do trabalho respaldada na ciência e tecnologia, apesar de necessária e, até, inevitável para o progresso humano e para sua emancipação quanto à fome e demais necessidades (pelo menos idealmente), tem servido, ao ser utilizada como instrumento de dominação, para a criação, aprofundamento e perpetuação do fosso entre as classes na sociedade. Embora as novas tecnologias e as novas formas de gestão mudem em profundidade os quadros de trabalho, as identidades e as relações profissionais, elas têm ampliado, ainda mais, as desigualdades, pois, confrontando-as com as regras básicas de acumulação, tais mudanças não fazem emergir uma sociedade e práticas econômicas inteiramente novas: "a fetichização da mercadoria, o imperativo da acumulação, a apropriação privada dos frutos do trabalho social, a mercadorização das necessidades, nada disso foi abolido" (Cattani, 1996, p. 31).

Segundo Morgan (1996), as pessoas, em diferentes mercados de trabalho, brigam entre si para protegerem seus próprios interesses, sem perceberem que as situações nas quais se encontram foram geradas pelo

próprio sistema que as colocou em oposição¹⁸. A alternativa encontrada pelo capitalista foi a de construir organizações com base na desigualdade de oportunidades e privilégios, além da fragmentação da força de trabalho para evitar que se mantivesse unida¹⁹. Disso resultou que a consciência de classe foi reduzida em favor da consciência profissional, ocupacional, comercial ou mesmo de fábrica.

Dessa forma, a maioria das pessoas, cada vez mais, compreende o seu lugar na sociedade muito mais em função dos seus papéis profissionais do que em termos de classe social, terminando por refletir atitudes sociais e padrões de preconceito e de discriminação da sociedade como um todo. Guattari (1987a, p. 23) refere-se a um grupo ou a uma classe como não sendo constituídos de indivíduos²⁰, mas como sendo “a aplicação redutora das relações de produção capitalista sobre o campo social do desejo que produz um fluxo de indivíduos decodificados como condição para a captação da força de trabalho”.

Nunca é demais reforçar que as classes dos trabalhadores, quando conceituadas em relação aos meios de produção, podem ser caracterizadas como aquelas que, não possuindo ou não tendo acesso à propriedade dos meios de trabalho, para poderem sobreviver, devem vender sua força de

¹⁸ Cattani (1996) alerta-nos que, mesmo quando um grupo maior de pessoas compartilha situações de instabilidade ou de fragilidade, este tipo de vivência não as aproximam, diferentemente da correlação estreita que ocorre entre ascensão na hierarquia profissional e vida associativa.

¹⁹ Segundo Cattani (1996, p. 95), “o sindicalismo é o principal desmancha-prazeres do capitalismo. Não existe um empresário que não deseje que os sindicatos possam, um dia, desaparecer”.

²⁰ Para Foucault (1996, p. 200), o indivíduo é produto do poder, sendo preciso “desindividualizar” pela multiplicação e o deslocamento, o agenciamento de combinações diferentes. O grupo deve ser um constante gerador de “desindividualização” e não o liame orgânico que une indivíduos hierarquizados.

trabalho àqueles possuidores de tais meios. Para Leopardi (1994, p. 182), “a sobrevivência mínima do trabalhador, imposta pela lei do mercado da força de trabalho, significa a perda essencial da qualidade de vida”.

Como se pode depreender do até aqui exposto, o trabalho humano, ao ser pautado pelos princípios da eficiência e da racionalidade, no modelo de gerência científica, tem se caracterizado pela utilização predatória da força de trabalho, cujo resultado tem sido a desqualificação e marginalização contínuas, traduzidas por situações de não-aproveitamento ou má-utilização das potencialidades e da criatividade do trabalhador. Além de não dignificar e não favorecer a emergência de sentimentos de realização e de prazer no trabalho, tem conduzido à degradação das condições de vida de uma parcela cada vez maior e significativa da população ativa (Cattani, 1996).

Para Deleuze (1996, p. 55), a própria noção de força de trabalho não é algo inocente, nem nada óbvio, mesmo e sobretudo do ponto de vista de uma crítica social porque, arbitrariamente, isola um setor, corta o trabalho de sua relação com o amor, a criação e, até mesmo, com a produção. A noção mesma de força de trabalho “faz do trabalho uma conservação, o contrário de uma criação, visto que se trata para ele de reproduzir bens que são consumidos, e reproduzir sua própria força, numa troca fechada”. No entanto, esse conceito ainda parece refletir melhor a condição do trabalhador como ser humano, com sua energia física, disposição psicológica, habilidades motoras e intencionalidade do que o conceito de recursos humanos, quando desprovido de qualquer relação com sua subjetividade.

A partir do exposto, pode-se inferir que o trabalho moderno, na grande maioria dos casos, não se configura como meio de satisfação da necessidade

concreta de realização da pessoa humana, mas apenas como uma modalidade, nem sempre suficiente, para satisfazer outras necessidades. Em outras palavras, a alienação torna o trabalho na vida do homem um mero meio para sua subsistência e, muitas vezes, insuficiente até mesmo para isso²¹.

Porém, cabe ressaltar, ainda, que o modo de produção capitalista não funciona “unicamente no registro dos valores de troca, valores que são da ordem do capital, das semióticas monetárias ou dos modos de financiamento”, mas através de um modo de controle da subjetivação que Guattari denomina de “cultura de equivalência ou de sistemas de equivalência na esfera da cultura” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 15-6). Em complementaridade à cultura, como conceito de equivalência, o capital ocupa-se da sujeição econômica e a cultura ocupa-se da sujeição subjetiva.

Neste caso, os indivíduos ou grupos investidos com algum tipo de autoridade ou liderança determinam, segundo interesses restritos, a condução ideológica dominante, seja no mundo da produção material, seja no mundo da produção simbólica. De certa forma, parece haver uma personalização desses conceitos como se, por suas forças intrínsecas, se ocupassem, maquiavelicamente, de subjugar o trabalhador. O tom geral é este. Faz-se, portanto, necessário quebrá-lo.

A própria essência do lucro capitalista, desse ponto de vista, não se resume apenas ao campo da mais-valia econômica, mas também à tomada de

²¹ Em relação a este aspecto, Cattani (1996) apresenta que tanto a teoria marxista quanto o pensamento católico e humanista, apesar de terem centralizado suas críticas ao capitalismo nos aspectos concernentes à exploração, alienação e desumanização do trabalhador, não as direcionaram à sua flagrante incapacidade para proporcionar condições condignas de trabalho e de vida, inclusive, condições mínimas de sobrevivência, em volume suficiente e socialmente aceitáveis, para atender as necessidades da população submetida à sua esfera de dominação.

poder da subjetividade. Dessa forma, o capital como modo de semiotização, constitui-se em equivalente geral para as produções de poder. Em busca dessa dupla mais-valia: econômica, por meio do dinheiro, e de poder, por intermédio da cultura-valor, é que se mobilizam as elites dominantes.

2.2 - GERÊNCIA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A gerência, como organizadora do trabalho, proporciona a estrutura formal para o processo produtivo. Na primeira forma de divisão do trabalho, no modo de produção capitalista (como já se viu anteriormente), deu-se o desmonte do ofício e sua restituição parcelada aos trabalhadores, de modo que o todo do processo não fosse mais da competência do trabalhador individual, possibilitando, assim, o controle sobre as operações individuais.

Com a incorporação de novos métodos e maquinarias, foi possível dissolver o processo de trabalho, passando este a ser concebido e dirigido pela gerência. Neste caso, deixa de existir, por parte da gerência, o interesse pela pessoa do trabalhador, localizando-se na forma como este trabalhador pode ser melhor utilizado, com vistas à obtenção do máximo rendimento e controle²². Esse modo de considerar o ser humano é, do ponto de vista gerencial, não apenas eminentemente racional, mas, também, a base de todo o cálculo. Porém, apesar do exercício desse tipo de poder, conferido pelo sistema aos intelectuais ou aos conceptores, no fundo, estes são convertidos pelo

²² Em relação a este aspecto, Guattari (1987a, p. 79) apresenta que “o que interessa ao capitalismo são as diferentes máquinas de desejo e de produção que ele poderá conectar à máquina de exploração: seus braços, se você é varredor de rua, suas capacidades intelectuais, se você é engenheiro, suas capacidades de sedução, se você for garota-propaganda; quanto ao resto, ele não só está pouco ligando como não quer nem ouvir falar. Tudo o que fale em nome do restante não faz senão perturbar a ordem de seu regime de produção”.

empregador (capitalista ou Estado) “num órgão estreitamente dependente, cuja autonomia é ilusória, mas suficiente, contudo, para retirar toda a potência àqueles que não fazem mais do que produzir ou executar” (Deleuze e Guattari, 1997b, p. 35). A dominação ao ser internalizada, faz com que a servidão voluntária confunda-se com a autonomia individual (Cattani, 1996).

Por sua vez, a maquinaria, além da propriedade de incrementar a produtividade do trabalho, também tem a propriedade de destituir, ainda mais, a massa dos trabalhadores da capacidade de exercer o controle sobre o seu próprio trabalho. Assim, a capacidade humana para controlar o processo de trabalho pela maquinaria é dimensionada pela gerência como o principal meio pelo qual a produção pode ser controlada pelos proprietários e representantes do capital e não mais pelo trabalhador.

Na indústria, a maquinaria, cada vez mais, oportuniza à gerência, por meios inteiramente mecânicos, o que esta pretendia fazer pelos meios organizacionais e disciplinares, que se mostram, ainda, bastante e muito mais adequados aos serviços. Desse modo, a maquinaria desenvolvida passa a ser, para a grande maioria trabalhadora, fonte de escravidão, desamparo e confinamento, dentro de um espesso círculo de deveres servis, no qual a máquina configura-se como a encarnação da ciência e o trabalhador como muito pouco ou quase nada²³. “O processo tornou-se mais complexo, mas este

²³ Se as máquinas forem consideradas, apenas, quanto ao seu aspecto técnico, nada mais são do que instrumentos de trabalho que aumentam a eficácia do trabalho humano. Porém, o que geralmente ocorre é que, com a automação, o controle dos processos de produção fica de posse da gerência, praticamente eliminando a necessidade de conhecimento ou preparo, pois a modernização dos equipamentos, na maioria das vezes, diminui consideravelmente o tempo necessário à formação de trabalhadores experientes (Braverman, 1987).

está perdido para os trabalhadores, que não sobem com o processo, mas se afundam debaixo dele” (Braverman, 1987, p. 173).

Embora o impulso à mecanização seja determinado pelo esforço em aumentar, cada vez mais, a produtividade do trabalho, tal produtividade crescente não tem sido buscada nem utilizada em resposta, apenas, à satisfação das necessidades humanas. Prova disso é que, muitas vezes, são produzidos objetos e serviços para consumo, sem utilidade e sem valor de uso real. Valores são colocados, artificialmente, em objetos sem os quais, pode-se afirmar com grande convicção, viver-se-ia, quem sabe, até melhor (Leopardi, 1994).

Apesar das tentativas conservadoras de mantê-lo imobilizado, sem revolucionar as instituições e as relações sociais, o capitalismo não pode existir sem as incessantes transformações dos instrumentos e das condições de trabalho. Sua principal característica é de ser um processo que, mascarando e fetichizando, alcança seu crescimento mediante a destruição criativa, criando novos desejos e necessidades, explorando sempre e cada vez mais a capacidade de trabalho, transformando e acelerando o ritmo da vida (Harvey, apud Cattani, 1996).

Se, por um lado, a utilização dos meios organizacionais e técnicos tem servido para o constante aumento da produtividade, por outro, como consequência necessária da gerência e da tecnologia, tem havido a tendência, também crescente, de reduzir a demanda de trabalho, ou seja, uma tendência

que transforma trabalhadores empregados em trabalhadores excedentes²⁴.

Corroborando tal assertiva, Guattari (1993b, p. 165) apresenta que

as revoluções informáticas, robóticas, telemáticas e o *engineering* biológico conduzem à criação de uma disponibilidade sempre maior das atividades humanas em detrimento do trabalho assalariado tradicional, à medida que a máquina assume as tarefas mais ingratas e repetitivas.

Ou seja, “em função do contínuo desenvolvimento do trabalho maquinico redobrado pela revolução informática, as forças produtivas vão tornar disponível uma quantidade cada vez maior do tempo de atividade humana potencial”. Para responder à pergunta que formula - qual a finalidade disso tudo? -, Guattari utiliza-se de uma nova pergunta: “a do desemprego, da marginalidade opressiva, da solidão, da ociosidade, da angústia, da neurose, ou a da cultura, da criação, da pesquisa, da re-invenção do meio ambiente, do enriquecimento dos modos de vida e de sensibilidade?” (Guattari, 1993a, p. 8-9). Esse questionamento contempla sua preocupação com as dimensões ambivalentes do trabalho: opressão e emancipação; sofrimento e prazer; alienação e criação, que não se limitam, apenas, à jornada laboral, mas que repercutem sobre a totalidade da vida em sociedade (Cattani, 1996).

Apesar de todos os meios até aqui empregados nas inovações tecnológicas e organizacionais, há a constante presença de um aspecto unificador: a progressiva eliminação, tanto quanto possível, do exercício do controle do processo de trabalho pelo trabalhador e a transferência desse mesmo controle para um dispositivo que, em igual medida, passa a ser controlado pela gerência externa ao processo imediato. Cabe, aqui, uma

²⁴ Como bem salienta Braverman (1987, p. 217), apoiando-se em Baran e Sweezy, “a mudança tecnológica, como também um produto mutável, enseja novos e diferentes processos de trabalho, uma nova distribuição ocupacional da população empregada e, pois, uma classe trabalhadora transformada”.

relação com o trabalho da enfermagem, na medida em que a administração, as técnicas e os mecanismos disciplinares são utilizados pelo enfermeiro como instrumentos de controle sobre o processo de trabalho dos demais trabalhadores da enfermagem.

Em seu processo de desenvolvimento, o capital avançou (e, ainda, continua avançando) sobre toda a possível área de investimento, dentre as quais a da saúde, reorganizando amplamente a sociedade. Com a nova distribuição do trabalho que criou e com sua incansável e insaciável atividade, originou uma vida social completamente diferente e continua a transformá-la, “sem cuidar em que, ao assim fazer está criando uma situação na qual a vida social torna-se, cada vez mais, impossível” (Braverman, 1987, p. 218).

2.3 - SERVIÇOS: UM TRAÇO POLÊMICO DO PROCESSO PRODUTIVO

À medida que a nova forma de sociedade capitalista foi destruindo e substituindo as antigas formas de cooperação mútua social, comunitária e familiar, cresceram as necessidades que, até então, eram atendidas na forma social tradicional pela própria família ou grupo comunitário. O capitalismo monopolista, universalizando o mercado, transformou, praticamente, toda e qualquer forma de atividade humana, inclusive aquelas que, até então, as pessoas faziam para si próprias ou para outras pessoas de suas relações, como as próprias tarefas domésticas e os atos de cuidar, em mercadoria.

Daí, a razão pela qual, apesar dos serviços constituírem grande parte na divisão social do trabalho, somente mais recentemente, passaram a ser vistos

como atividades produtivas, portanto, potencialmente lucrativas²⁵. Em outras palavras, tornaram-se de interesse do capitalista, “quando ele começou a pagar pessoas para efetuar serviços como atividade lucrativa, como parte de seu negócio, como forma de produção no modo capitalista” (Braverman, 1987, p. 306), pois, embora indiferente à determinada forma de trabalho, o que interessa é sua forma social, sua capacidade de produzir lucro, enquanto trabalho assalariado.

Por outro lado, constata-se que o previsto redirecionamento das atividades produtivas para o setor terciário não chegou a permitir a realocação dos trabalhadores dispensados, em decorrência da aceleração cada vez maior dos processos de mecanização, automação e, inclusive, informatização das indústrias. O que se observa, de um modo geral, é que os postos de trabalho reduzem-se mais e mais em relação à população, empurrando para a marginalidade não somente indivíduos anteriormente tidos como desqualificados, por não terem suficiente número de anos de escolarização, mas, também, inclusive uma parcela cada vez maior de profissionais de nível universitário.

O caráter do capitalismo de criar desigualdades, desqualificar, marginalizar e excluir transforma o emprego num privilégio, cujo acesso tem sido possível e destinado a um número cada vez menor de pessoas. “Se o trabalho continua a ser a ‘experiência social central’, o que acontece com aqueles que são privados dessa experiência?” (Cattani, 1996, p. 42).

²⁵ Guattari (1987a, p. 212) nos alerta de que “não existe apenas uma divisão internacional do trabalho, mas uma mundialização da divisão do trabalho, uma captação geral de todos os tipos de atividade, inclusive os que formalmente escapam da definição econômica do trabalho”.

Em resposta a essa situação gerada por esse caráter do capitalismo, o que tem havido é a formação de setores de produção não assalariados que dão origem ao trabalhador precário, que requerem análises mais acuradas, a exemplo dos lavadores ou guardadores de carros, os ditos “flanelinhas” que, em muitos casos, podem até conseguir obter ganhos mais substanciais que muitos dos trabalhadores legais, porém, a exemplo dos desempregados, estão a um passo da situação extrema de exclusão.

Se, na produção de bens, o resultado do trabalho executado pelos trabalhadores adquire a forma de objetos tangíveis e vendáveis como mercadoria, na prestação de serviços, este tipo de trabalho deve ser oferecido diretamente ao consumidor, como no caso do trabalho em saúde, pois tanto a produção como o consumo são simultâneos. Nesse caso, não servem para produzir um objeto tangível e vendável, que encerre seus efeitos úteis como parte de sua existência, na forma de mercadoria, porém seus próprios efeitos transformam-se em mercadoria. O domínio cada vez maior do modo de produção capitalista e sua permanente expansão fazem com que tudo, potencialmente, possa ser transformado em mercadoria e que grande parte das atividades humanas possa ser regida pela lógica do mercado (Cattani, 1996).

Sendo assim, o trabalho necessário à produção de bens não está por isso, nitidamente separado do trabalho posto em ação na produção de serviços. Ambos representam formas de produção em base capitalista; atendem ao objetivo de produção, não apenas de valor de troca, mas de valor excedente para o empregador.

A enfermagem, que tem como resultado a produção de um serviço, o qual pode transformar-se artificialmente em mercadoria e ao sujeitar-se às

condições gerais do mercado de trabalho, operou a transformação de seus trabalhadores em força de trabalho, portanto, passíveis de serem contratados e de receberem um salário, por um determinado período de tempo, para a realização de um trabalho **capaz de apresentar um valor excedente** e não mais apresentar, apenas, o caráter caritativo. Tornou-se uma profissão integrante do sistema de produção geral, sujeito às mesmas determinações do trabalho em geral.

2.4 - O TRABALHO EM SAÚDE

Novos ramos da produção surgem para preencher a lacuna resultante do enfraquecimento da vida social e familiar que, por sua vez, tornam-se mais debilitadas à medida que novos serviços e mercadorias proporcionam sucedâneos para as relações humanas, sob a forma de relações de mercado, implicando tanto alterações econômicas e sociais como profundas mudanças nos padrões psicológicos e afetivos.

Gradativamente, a grande maioria da população vem deixando de poder contar com organizações sociais sob a forma de família, amigos, vizinhos e comunidade. Com raras exceções, devem buscar no mercado e apenas no mercado não só os alimentos, vestuário e habitação, mas também, recreação, divertimento, segurança e assistência às crianças, aos jovens, velhos, doentes, etc. "Com o tempo, não apenas necessidades materiais e de serviço, mas, também, os padrões emocionais de vida são canalizados, através do mercado" (Braverman, 1987, p. 235).

Desse modo, percebe-se que, dentre outros serviços que atendem as diversas necessidades, antes de competência dos familiares, amigos e vizinhos, o trabalho em saúde adquire o *status* de serviço a ser consumido, necessitando, para tanto, ser comprado, de modo que o cuidado familiar foi institucionalizado, apropriado e transformado tecnologicamente. A parcela identificada com o capital adquire progressivamente maior valor, enquanto a parcela cujo significado ainda é tributado à subjetividade, em termos de qualidade de vida, é transferido para profissões que, no mercado, assimilam menos valor, como a enfermagem²⁶.

Em outras palavras, isto se dá porque quase nenhum cuidado pode-se esperar de uma comunidade atomizada. E a família, por sua vez, não pode arcar com todas as exigências que o ato de cuidar demanda, já que tem de lançar-se à sobrevivência e ao êxito, na sociedade de mercado.

À medida que os membros da família exercem, cada vez mais, algum tipo de trabalho fora do lar, tornam-se, cada vez menos aptos e disponíveis a cuidarem uns dos outros, em caso de necessidade; à medida que os vínculos de amizade, vizinhança e comunidade sofrem nova interpretação, numa escala mais estreita, para excluir responsabilidades onerosas, o cuidado de uns para com os outros torna-se cada vez mais institucionalizado.

Desse modo, a ruína tanto da família e de suas habilidades, como da comunidade e dos sentimentos de amizade e vizinhança, dos quais dependia o desempenho de muitas funções, origina uma lacuna. Aí neste espaço, é que se

²⁶ Corroborando tal assertiva, Guattari (1993b, p. 164) apresenta que “a valorização das atividades humanas não pode mais ser fundada de forma unívoca sobre a quantidade de trabalho incorporado à produção de bens materiais”. Entende que “a produção de subjetividade humana e maquínica é chamada a superar a economia de mercado fundada no lucro, no valor de troca, no sistema de preços, nos conflitos e lutas de interesses”.

insere o trabalho dos profissionais da saúde, na sua forma atual, consoante às exigências e necessidades geradas pelo progressivo avanço do modo de produção a que está submetida e se submete a maior parte da população.

Uma vez que o sistema de organização social, vigente em cada época, modela as práticas cotidianas, torna-se difícil para os indivíduos procederem à margem das tendências dominantes (Ferraz, 1995). Nesse sentido, as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em atenção aos apelos e determinações do modo de produção capitalista, têm incluído, cada vez mais, atividades que eram antes do âmbito familiar e doméstico.

Tais práticas operam no sentido geral de garantir ao capital quantidades estáveis de força de trabalho, gerando condições de viabilidade para o estabelecimento de um horizonte controlado para o cálculo econômico (Mendes-Gonçalves, 1994), além de mercantilizar o cuidado, desfazendo aspectos gregários e disciplinando condutas, antes movidas pela experiência e desejo. Tornando-se trabalho, o cuidado humano em relação à saúde adquire características particulares, embora assimile a estrutura geral nas relações de produção.

O trabalho em saúde passa a ser, progressivamente, desenvolvido por diferentes ramos de especialidades profissionais, nas quais diferentes grupos de indivíduos cooperam entre si. Isso determina relações entre eles, em torno do objeto e dos instrumentos de trabalho e dos produtos derivados dessas atividades cooperativas. Nesse processo mais amplo, as diversas atividades que o compõem são, necessariamente, complementares e cada qual com maior ou menor grau de autonomia, mas de um modo no qual não há o mesmo parcelamento hierárquico de autoridade e de poder entre os diferentes agentes.

Ou seja, se, por um lado, pela divisão do trabalho ocorre, também, a divisão de suas condições, tais como ferramentas e materiais; por outro lado, também ocorre a fragmentação no campo da sociabilidade, que se manifesta, dentre outras maneiras, na distribuição de autoridade para o exercício hierárquico do poder entre as diferentes categorias profissionais. Esta distribuição de autoridade faz-se pela subordinação dos executores aos mentores, “de modo que as tarefas de um trabalho não se distribuem apenas em função de sua característica técnica, mas, também, em função de uma lógica de diferenciação social” (Leopardi, 1991, p. 43), como muito bem pode ser constatado no trabalho da saúde em geral e, em particular, nos trabalhos da enfermagem e da medicina. Assiste-se, também no trabalho em saúde, a uma “industrialização”, nos moldes ocorridos com o trabalho em escritório²⁷ e a exemplo do trabalho fabril. Porém, apesar da dinâmica incorporação de novas tecnologias à área de assistência à saúde, tal dinamismo não se tem traduzido por economia de força de trabalho, como vem ocorrendo na indústria e no próprio escritório, mantendo-se o setor como, essencialmente, de trabalho intensivo²⁸. Esta forma

²⁷ A progressiva eliminação do pensamento no trabalho de escritório conseguiu reduzir o trabalho mental quase que única e exclusivamente à mera execução repetitiva de uma mesma e pequena série de funções. Ao tornarem-se repetitivos e rotineiros, os processos mentais ficam reduzidos a um fator subjacente ao processo de trabalho, no qual, a rapidez e a destreza, com que a parcela manual da operação pode ser efetuada, dominam todo o trabalho. Com isso, pode-se afirmar que a “industrialização” do trabalho em escritório tornou-se evidente, pois, “à medida que o trabalho foi simplificado, rotinizado e medido, a tendência à velocidade manifestou-se” (Braverman, 1987, p. 283).

²⁸ Como resultante de inovações técnico-científicas, a especialização tem-se tomado uma forma de divisão do trabalho, gerando a conseqüente interdependência entre as especialidades. Apesar da decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas, esta é acompanhada de uma integração, por meio de uma hierarquia de profissionais e serviços, que se constitui no fundamento da produtividade do setor, mas dependendo substancialmente, ainda, do conhecimento e da destreza do trabalhador (Pitta, 1990). Se por um lado, as tecnologias empregadas na área de assistência à saúde não têm transformado trabalhadores empregados em trabalhadores excedentes, por outro lado, apesar do aumento da demanda de trabalho que o uso de tais tecnologias podem originar, isso parece que não tem conduzido à abertura de novos postos de trabalho no setor, exigindo, cada vez mais, uma maior sobreimplicação do trabalhador da área, principalmente o trabalhador da enfermagem.

de organização do trabalho coletivo em saúde apresenta uma divisão técnica com características de manufatura, sendo sua lógica de qualificação, no interior do setor terciário, um serviço a ser consumido (Pitta, 1990).

Como serviço, o trabalho na saúde torna-se menos visível em todas as suas etapas, principalmente porque produto e consumo se confundem. Indo mais além, no caso da assistência à saúde, o **cliente** configura-se, ao mesmo tempo, como o **principal objeto de trabalho** - um **objeto-sujeito** - que, ao sofrer as ações dos trabalhadores da saúde, torna-se ele mesmo o **produto** de tais ações realizadas e que, ao usufruir das mesmas, durante as etapas constitutivas dos diversos processos de trabalho em saúde, já as usufrui na qualidade de **consumidor**. Decorre, daí, no tocante ao trabalho em saúde, que o ser humano pode ser: **objeto de trabalho-produto-consumidor**, quando atendido por outrem, ou **produtor-objeto de trabalho-produto-consumidor**, quando desempenha ações de auto-cuidado. Complexifica-se a análise deste trabalho, na medida em que o seu principal objeto (ser humano) não é exclusivamente material, possuindo um atributo que lhe confere maleabilidade, incerteza, personalidade, ou seja, têm existência e história.

2.5 - O TRABALHO DA ENFERMAGEM

A Enfermagem Moderna, ao evoluir de uma atividade voltada, quase que exclusivamente, à prestação de cuidados caritativos, com maior ênfase à salvação da alma - tanto do assistido como de quem o assistia - do que à cura, propriamente dita, ocasionou significativas modificações em sua prática e finalidades. Tais modificações deram-se tanto em resposta ao projeto social de

cura - no qual, com a implantação do capitalismo, a vida do homem, como investimento e força de trabalho necessários à industrialização, adquire um valor diferenciado, devendo ser, portanto, recuperada e curada da doença - como, também, em resposta às transformações na finalidade do próprio trabalho médico (por sua vez respondendo, também, a esse mesmo projeto social de cura), instalando-se, assim, um trabalho coletivo em saúde.

Dessa forma, segundo Leopardi (1991, p.13),

a enfermagem nasce várias vezes, de modos diferentes, e caminha na história junto com ela [medicina], aparecendo como pode, subsistindo através de transformações da sociedade, correspondendo às necessidades que dela assomam, assimilando mudanças que não a tornaram somente um 'ato de cuidar' moral²⁹, mas a transformaram numa atividade profissional e seus exercentes em trabalhadores que, vendendo sua força de trabalho, submetem-se às condições gerais do mercado de trabalho.

Nunca é demais lembrar que a Enfermagem Moderna, desde sua concepção e institucionalização, já adotara a divisão técnica do trabalho, com base na divisão social do trabalho, apresentando, desde sua origem, um caráter fragmentário, fundamentado na diferenciação de origem social, saberes e práticas. Tais fatos deram um caráter hierárquico à profissão, além de coletivo. Esta forma de divisão deu-se, principalmente, em atenção às diferenças de classe e para possibilitar a expansão dos interesses capitalistas no setor saúde. No decorrer do tempo e à medida que ocorreram os avanços técnico-científicos e a conseqüente parcelização da medicina, em suas várias especialidades, a enfermagem foi chamada a incorporar inúmeras funções manuais, antes do domínio da medicina, tidas, porém, como subordinadas ao trabalho médico.

²⁹ Fuganti (1990, p. 51) apresenta a diferença entre moral e ética: "a moral prescreve o que se deve crer, pensar e fazer", a partir de um modelo ideal e perfeito do Bem; já a ética é um convite "a agir e a pensar, segundo o que um corpo *pode*, de acordo com a potência da natureza que o atravessa".

Por outro lado, a enfermagem, concebida como prática social, historicamente estruturada e socialmente articulada, não deve ser vista apenas como uma prática técnico-científica produtora de um conhecimento linear sobre o cuidar, no sentido de como realizá-lo cada vez melhor e de como organizá-lo e administrá-lo mais lógica e racionalmente. Ela é constitutiva das práticas sociais em geral e das práticas de saúde em particular, caracterizando-se como um trabalho em saúde, portanto, como parte de um processo coletivo, composto de áreas técnicas específicas como a medicina, a odontologia, a farmácia, o serviço social, etc. Como trabalho, a enfermagem é parte desse coletivo, constituindo um conjunto complementar e interdependente referido ao todo. Devido à sua especificidade, a assistência de enfermagem contribui para a integralidade da assistência à saúde, tanto no modelo de saúde individual quanto no de saúde coletiva, os quais, por sua vez, são partes complementares de um mesmo trabalho.

Por outro lado, cabe salientar, ainda, que a enfermagem contém um processo por meio do qual diferentes categorias compartilham parcelas deste trabalho, configurando-se ela própria como trabalho coletivo, enquanto o mesmo não ocorre com outras profissões da saúde. A enfermagem, em decorrência da divisão social e técnica do trabalho, onde os agentes se multiplicaram, constitui uma prática heterogênea, realizada por diferentes categorias com formação escolar que vai do nível elementar ao superior (Almeida et al., 1989; Albuquerque, 1989; Castellanos et al., 1989).

Tal configuração confere à enfermagem uma característica de serviço especializado e coletivo, mas que não produz valor direto. Como trabalho coletivo, ocorre por distribuição de parcelas entre seus diferentes agentes, por

meio de operações hierarquizadas, divididas por complexidade de concepção e execução, bem ao gosto do modo de produção capitalista e em atenção aos preceitos da organização científica do trabalho³⁰. Habilidades diferenciadas, portanto, são exigidas de seus agentes para o manejo de instrumentos, métodos e processos.

Dessa forma, surgem as necessidades de controlar a utilização desses instrumentos, métodos e processos e de imprimir unidade a esses trabalhos parciais. Tais necessidades corporificam-se num desses agentes, que assume a atividade gerencial, supervisionando direta e continuamente os trabalhadores e o processo como um todo. Na enfermagem, a responsabilidade pela parte intelectual do trabalho (pelo menos idealmente) fica a cargo do enfermeiro e sua parte manual é executada pelos diferentes trabalhadores da equipe de enfermagem, dentre eles, o próprio enfermeiro.

Por outro lado, atividades mais especializadas exigem um trabalhador mais bem preparado técnica e intelectualmente para cumprir uma dupla função: promover a unidade e organização desse trabalho coletivo da enfermagem e ser recurso para a fase intelectual do mesmo, planejando-o ou desenvolvendo novos processos, métodos e instrumentos materiais. Tal característica exige

³⁰ Nesse contexto de progresso, como produto das revoluções industrial e científica, ocorreu a institucionalização da enfermagem, com a função precípua de implementar a organização racional do trabalho, acompanhando a lógica da racionalidade presente na sociedade. Segundo premissas do sistema nightingaleano, a enfermagem torna-se normatizada, assumindo os papéis de cuidar dos indivíduos (doentes) e organizar os serviços (hospitalares). Como forma de exercer o controle, implantou a disciplinarização, tanto do ambiente como dos seus agentes, e a imposição aos trabalhadores de uma maneira rigorosa de execução do trabalho. Em outras palavras, segundo Gomes (1991), a enfermagem se organizou utilizando, principalmente, três instrumentos de trabalho: a administração (para organizar o ambiente), as técnicas (para organizar o cuidado) e os mecanismos disciplinares (para organizar seus agentes). O enfermeiro vem coordenando e gerenciando os vários momentos do processo, reproduzindo normas institucionais - por referência à manutenção da ordem e da disciplina -, reforçando, nessa forma tecnológica de organização, a divisão técnica do trabalho.

formação diferenciada e se apresenta como um fator para o desenvolvimento e manutenção da hierarquia na enfermagem.

Entretanto, apesar de seu preparo para assumir, no conjunto do trabalho em saúde, um trabalho mais intelectual e mais complexo, o enfermeiro parece que tem permanecido ou se percebido sujeitado ao trabalho médico (Leopardi et al., 1989), pelo menos representacionalmente, não se permitindo nem mesmo desejar o acesso ao exercício do poder que socialmente seria esperado de um profissional de nível universitário. Sendo assim, a enfermagem aparece como uma prática cuja lógica de funcionamento a representa como de caráter dependente, principalmente, por força de seu desenvolvimento histórico-social e, especialmente, por incorporar as características do modelo clínico-biologicista, com sua tendência ao fortalecimento da posição da medicina como a autêntica detentora do rigor e saber científicos, em contraposição às demais³¹.

Concordo com Leopardi (1991), quando afirma que, em sua forma de aparecer, a enfermagem, tanto como processo de trabalho cuidar, quanto como processo de trabalho administrar, pertence a um processo de trabalho mais amplo que é o processo de trabalho em saúde. O estudo do processo de trabalho da enfermagem implica uma necessária articulação com o trabalho médico, uma vez que há uma marcante interdependência do trabalho técnico-assistencial que realizam. E, também, porque, no âmbito das relações sociais,

³¹ Leopardi (1991) nos apresenta que o surgimento da clínica, como forma instituída do exercício da medicina e da incorporação da ciência no tratamento às doenças, demandou e originou um modelo de organização cooperativa complexa para o trabalho hospitalar. Desse modo, o ato de assistir em saúde torna-se um trabalho coletivo, cujas parcelas diferenciam-se, porém com destaque maior a certas funções desempenhadas pelo médico que lhe garantem hegemonia técnica e valorização social.

tanto a enfermagem como a medicina sustentam-se, mutuamente. No dizer de Leopardi (*op. cit.*, p. 4),

ambas manifestam qualidades necessárias para o encaminhamento do processo mais geral do trabalho de assistência à saúde, ainda mais que atuam efetivamente sobre um 'objeto' comum, ou seja, os corpos dos indivíduos (no caso da saúde individual) e, em sua base, a finalidade idealizada para suas ações tem sido a mesma - o restabelecimento da saúde - no seu sentido restrito, enquanto condição para o uso da força física para a realização do trabalho.

Portanto, ao estudar o processo de trabalho da enfermagem, busco revelar, essencialmente e na medida do possível, fatos que indiquem pontos de contato, sejam de coordenação ou de subordinação e, se existentes, os espaços onde se possa movimentar com certo grau de autonomia.

Aqueles que exercem a enfermagem, tanto enfermeiros como as demais categorias de profissionais da enfermagem, embora desempenhem muitas tarefas que interdependam de determinações da prática médica, não precisam necessariamente ser vistos como subordinados a tal prática. Necessitam ter suas ações consideradas como complementares, com maior ou menor grau de autonomia, por desenvolverem, nunca é demais lembrar, um trabalho cooperativo³² que compõe um trabalho muito mais amplo e abrangente e que, com os avanços tecnológicos e científicos, vem se tornando cada vez mais complexo, que é o trabalho em saúde.

Os trabalhadores da enfermagem

ficam subordinados às contingências que regulam o modo de operar sua prática, ainda que esse estar subordinado não implique ausência de insubordinação, do que, aliás, decorrem as transformações no entrechoque das forças sociais (*op. cit.*, p 4).

³² Segundo Dejours (1997), a cooperação é uma conduta coordenada, ou seja, a ação de participar de uma obra comum. Supõe um espaço no qual, ao mesmo tempo, convergem as contribuições singulares e cristalizam-se as relações de interdependência entre os sujeitos.

Desse modo, as idealizações sobre o processo de trabalho da enfermagem exigem ser desmitificadas na própria prática. Se o que se pretende é conhecer o saber que possibilita dar uma certa organização técnica ao processo de trabalho da enfermagem, será preciso apreendê-lo nos dois níveis da realidade em que ele se objetiva empiricamente: nas suas próprias características e na sua representação, ou seja, direcionar o olhar não só à sua estrutura organizativa, à fragmentação do seu fazer, à fundamentação teórica das ações empreendidas, às relações que se estabelecem, mas, principalmente, à ideologia que subordina sua prática, bem como o discurso elaborado sobre ela.

CAPÍTULO 3

A SUBALTERNIDADE DA ENFERMAGEM À MEDICINA: A CONSTRUÇÃO DE UM MITO?

Um dia apenas o “porquê” desponta e tudo começa com esse cansaço tingido de espanto. “Começa”, isso é importante. O cansaço está no final dos atos de uma vida mecânica, mas inaugura ao mesmo tempo o movimento da consciência. Ele a desperta e desafia a continuação. A continuação é o retorno inconsciente à mesma trama ou o despertar definitivo.

Albert Camus

Meu propósito neste capítulo não é apresentar algo de novo sobre questões relacionadas à evolução histórica da enfermagem, mesmo porque resulta da evocação de um saber que se foi construindo e sedimentando, a partir do início dos anos de minha formação e ao longo do tempo do meu exercício profissional. Esse saber, rememorado, refletido e ampliado, agora, por meio de leituras e consultas a obras mais recentes, procura apresentar, criticamente, as contribuições de Florence Nightingale, pela repercussão e impacto que suas convicções exerceram na estruturação da enfermagem como profissão, bem como as contribuições das obras mais atuais de autores que se dedicam, especialmente, ao estudo do processo de trabalho da enfermagem, pela pertinência de seus escritos. Ainda que modestamente, tenho por objetivo oferecer elementos que subsidiem o leitor e o instrumentalize para poder melhor compreender como foi se construindo a idéia ou a representação, para não dizer o mito, da enfermagem como sendo uma prática profissional subalterna à prática médica, porque essencialmente percebida e representada como dependente desta e subordinada a ela.

Num contexto histórico mais antigo da assistência aos doentes, pobres e desassistidos, no qual as práticas de saúde estavam estreitamente ligadas à religiosidade e às ações caritativas e solidárias, as diversas especialidades dos dias de hoje figuravam, quase que essencialmente, em apenas um exercente, responsável tanto pelo desempenho de atividades de tratamento e cura como de cuidados, entendidas como adequadas para responder às necessidades próprias de cada época e lugar, de acordo com o saber até então desenvolvido.

Entre os séculos IV e XIII¹, com a progressiva separação entre as atividades de tratamento e cura (principalmente da nobreza e dos ricos), a cargo da medicina, e de cuidados (dos pobres e desassistidos), a cargo da enfermagem, os médicos² de então já começavam a deter uma certa definição profissional, com uma aura de maior importância e mistério, mas não havia se estabelecido, ainda, apesar da dicotomia entre elas, uma aparente relação de subordinação da enfermagem à medicina, que a configurasse como profissão subalterna.

À medida que o cristianismo foi se impondo no ocidente como forma dominante de ser e estar no mundo, paulatinamente, a prática dos cuidados foi sofrendo o despojamento dos seus saberes, a privação de uma renovação dos seus conhecimentos, a sua divisão em tarefas dissociadas. Ao longo de tais transformações, a função de cuidados foi se tornando, progressivamente, uma função subalterna aos detentores do saber, desprovida do reconhecimento,

¹ Ao final deste período, "sob a influência da Igreja, imbuída da doutrina agostiniana, começa a afirmar-se e depois a instalar-se uma nova concepção dos cuidados que nega a inter-relação corpo-espírito, dando supremacia ao espírito e relegando o corpo impuro". Estabelece-se a crença, a partir do entendimento de que para ser liberto, ou seja para tornar-se puro, de que esse mesmo corpo deve conhecer o sofrimento e a dor. Esse desprezo pelo corpo coloca em causa, de maneira radical, "as práticas tradicionais que se fundavam na unidade do corpo e do espírito em relação com o universo, enquanto nasce um outro saber, inspirado na teologia dos padres e dos clérigos" (Collière, 1989, p. 54).

² Anteriormente à instalação do Modo de Produção Capitalista, as pessoas provenientes das classes sociais mais abastadas tinham condições de pagar as atividades de diagnóstico e tratamento desenvolvidas pelos médicos de então. Por outro lado, os cuidados de enfermagem eram prestados por pessoas da própria família ou serviçais, no próprio lar. As pessoas menos afortunadas, geralmente abandonadas pela família e desabrigadas, portanto sem um lar e quem as pudessem cuidar, eram recolhidas ou retiradas da rua ou buscavam abrigo e cuidados em locais e instituições dedicadas, discursivamente, à caridade, porém, de modo implícito, à exclusão, ao isolamento e controle sociais. Em tais casos, as atividades de tratamento e cuidados de enfermagem eram desenvolvidas, principalmente, por pessoas ligadas a ordens religiosas ou laicas, podendo contar, esporadicamente, com a presença de médicos, porém na qualidade de generosos visitantes ilustres, mais do que como profissionais sempre permanentes e disponíveis.

cada vez maior, não só do seu valor social, mas, principalmente, do seu valor econômico.

Somente a partir desse período, é que foi ocorrendo e se consolidando a construção e nascimento de um outro saber, um novo corpo de conhecimentos em saúde, inspirados na teologia, sob a égide da Igreja e controlado por ela. Este movimento de profissionalização dos cuidados, a partir da doutrina da Igreja, afirma-se, por um lado, com a emergência da profissão médica que, mesmo apropriando-se do saber em saúde existente e adquirido pelas mulheres de virtude, tende a relegar esse saber. Por outro lado, proclama a proibição às mulheres tanto de dispensarem tais tipos de cuidados, por não terem realizado estudos médicos, como também as impede de terem acesso a esse conhecimento e a essa formação. Segundo Collière (1989, p. 55),

as mulheres, principais detentoras do patrimônio do conhecimento dos cuidados ao corpo e da utilização das plantas, tornam-se o alvo prioritário dos ataques e da repressão da Igreja, e depois dos tribunais seculares, por causa da ameaça múltipla que representavam para o poder temporal e religioso.

Por sua vez, com o advento da medicina científica, o médico vai aparecendo, cada vez mais, não só como um herdeiro dos padres e clérigos nas questões relativas à saúde, mas como um especialista que se caracteriza como um mediador dos sinais e sintomas indicadores de um mal identificado, do qual o doente é portador. No modelo clínico, a ênfase das ações e cuidados já não tem por referência as boas ou más relações que o homem mantém com o universo em que vive, mas no isolamento do mal que o aflige, reduzindo-o a esta condição e tratando-o como tal.

Mendes-Gonçalves (1994, p. 239) faz uma crítica à característica essencial do modelo clínico: apresentar uma "relativa incapacidade de

execução do trabalho na ausência de queixas”. Tal característica exige o esforço, por meio de perguntas, da explicitação/criação de uma queixa, conduzindo, quase sempre, à detecção de algo que precisa ser corrigido. Desse modo, como instrumento de trabalho da clínica, a queixa expressa/referida por um paciente tem sua conceituação por referência à idéia fundamental sobre a própria natureza de seu objeto de trabalho.

Em outras palavras, o corpo é o objeto de trabalho da clínica, sendo consideradas tanto suas formas anatômicas e funcionais como, por extensão e principalmente, suas formas de utilização enquanto força de trabalho, porém, “abstraido de suas determinações singulares e particulares de caráter social e reduzido às determinações biológicas universais” (*op. cit.*, p 241).

A teoria do objeto que permite apreendê-lo, ou seja, a teoria das doenças é o instrumento de trabalho fundamental da clínica, constituindo-se de conceitos aos quais se procurará identificar cada caso:

no modelo tecnológico da clínica, em síntese, queixa-história, exame físico constituem um todo indissolúvel em que os momentos obtêm significações de sua relação recíproca. (...) O trabalho instrumentalizado pela clínica é *natural*, é o trabalho definitivamente adequado às práticas de saúde, porque está baseado na *verdade* dos fenômenos da saúde e da doença, isto por ser cientificamente fundamentado (*op. cit.*, p. 242).

Em decorrência dessa nova abordagem conferida pelo modelo clínico às práticas de cuidados, sob o impacto da pressão médica e em consonância às necessidades do capitalismo emergente, a função de cuidar parece, a partir daí, resumir-se, pelo menos representacionalmente, à função ou ao ato de, basicamente, tratar a doença. O hospital, antes refúgio dos sem abrigo e desamparados, torna-se um local que possibilita a experimentação de novos

instrumentos de exploração e tratamento do corpo, porém, configurando-se muito mais, como um lugar de exploração e de tratamento de doenças³.

Neste espaço, assim medicalizado, cresce o papel do médico como aparente mediador entre a saúde e a doença. A finalidade do seu trabalho, agora, direciona-se a combater o mal para derrotá-lo. Abre-se a possibilidade para que possa ocorrer a “separação física do mal”, apoiada na hipótese da possibilidade de ser tratado para, assim, “erradicar o que pode fazer morrer”, porém, encobrindo “o risco de deixar de olhar para tudo o que ainda vive, para aquilo que pode fazer viver, para aquilo que dá sentido à vida” (Collière, 1989, p. 32).

Nesse modelo entendido como bio-médico, os cuidados médicos, reconhecidos como os únicos válidos, por serem científicos, substituem aos cuidados cotidianos de manutenção da vida e aos cuidados curativos, originados de descobertas empíricas, a partir das vivências, experiências e práticas diárias, principalmente das mulheres.

Ao tornar-se hegemônico, esse modelo determina uma hierarquia, na qual as práticas cotidianas decorridas das vivências e experiências somadas ao longo dos anos, ou seja, as práticas não reconhecidas como científicas, mas

³ Até o século XVIII, as instituições hospitalares eram, essencialmente, áreas de assistência não se identificando, ainda, a função médica nas mesmas. Os pobres e necessitados eram recolhidos com a finalidade de receber assistência espiritual e material, sendo excluídos e afastados das demais pessoas, as quais estariam, assim, protegidas dos prováveis perigos de contágio. Esses hospitais funcionavam de forma extremamente precária, com excessivo número de doentes, grande risco de morrer e péssimas condições higiênicas; pessoal pouco qualificado e reduzido, sendo o trabalho assistencial tido como caridade e penitência. Muito provavelmente, os hospitais não curavam tanto quanto deviam, mas, ao contrário, costumavam produzir, pela inobservância e desconhecimento de regras básicas de higiene, surtos epidêmicos dizimadores. É questionável a função terapêutica do hospital em sua origem, uma vez que até o século XVIII, a personagem ideal do hospital era o pobre que estava morrendo e não o doente que era preciso curar. A partir do século XVIII, o hospital perde as missões de penitência e misericórdia da Idade Média e torna-se, em definitivo, um local de tratamento e recuperação, ao incorporar o cientificismo da medicina (Foucault, 1990).

com “*um sentido de assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir*” (op. cit. p.241) ficam relegadas a um segundo plano.

Desse modo, origina-se um imenso distanciamento entre o nível dos cuidados de enfermagem, basicamente destinados à manutenção e promoção da vida cotidiana - que nesse modelo são percebidos como secundários, menores e sem importância mais significativa ou valor científico ou, mesmo, econômico - e os cuidados de tratamento e de cura, associados à figura do médico e ao caráter de sua cientificidade.

Cabe ainda destacar que, após esse período e com a progressiva dessacralização do poder político evidenciado, quando da separação da Igreja do Estado, a enfermagem inscreveu-se nessa nova ordem social, dando continuidade ao serviço que as antigas congregações religiosas e laicas prestavam aos pobres, doentes e desassistidos. Porém, os valores morais e religiosos (bem como a negação, herdada desse período histórico, do saber proveniente das práticas cotidianas tradicionais de cuidados, fundados na unidade do corpo e do espírito, em relação ao universo, que fora adquirido pelas mulheres de virtude) característicos da mulher consagrada serviram, ainda e principalmente, de fundamentos à sua prática profissional, polarizada no eixo obedecer-servir, impregnando com esta imagem a prática dos cuidados, até os anos mais recentes. Os valores morais e religiosos, especialmente a abnegação e o afincamento no trabalho por aquelas pessoas religiosas ou laicas que se dedicavam à enfermagem, bem como o encorajamento permanente a manterem-se em constante e contínua atividade, até como forma

de prevenção do pecado⁴ (para não disporem de tempo ocioso que pudesse ser destinado a pensamentos e atos pecaminosos), fazia delas uma força de trabalho praticamente insubstituível. Daí, ser interessante a restauração e preservação das diferentes ordens religiosas e laicas que se dedicavam à prática da enfermagem.

Tais motivos apresentam-se à análise como as principais prováveis razões, não só do ressurgimento como da espetacular multiplicação de novas congregações de igual natureza, no século XIX. “Esta dupla pertença da prática de enfermagem, simultaneamente, herdeira do modelo religioso e submetida ao modelo médico, vai marcar profundamente (...) o modo de identificação desta prática” (Collière, 1989, p. 85). Embora algumas das principais finalidades da prática de enfermagem continuassem sendo a de velar, confortar, consolar, dentre outras; em síntese, estar disponível para servir o doente ou necessitado. Contudo, nessa nova ordem social, servir o doente implica, fundamentalmente, servir o médico, prestar-lhe obediência, ser-lhe submissa, em suma, manter-se como um instrumento ao seu alcance. O médico, nesta concepção, é percebido, assim, como o grande detentor do

⁴ Na tradição judaica, o trabalho possui um significado de uma labuta penosa, à qual o homem está condenado pelo pecado. A Bíblia, por sua vez, o apresenta como castigo, como meio de expiar o pecado original. Desde os primórdios do cristianismo, o trabalho, ao mesmo tempo que é percebido como forma de punição para o pecado, serve também aos fins últimos da caridade tanto para a saúde da alma e do corpo como para afastar os maus pensamentos decorrentes da preguiça e da ociosidade. Daí, apesar do caráter penoso e humilhante associado ao trabalho, este passou a ser ardentemente procurado como penitência (Albornoz, 1992). Com o protestantismo, a perda de tempo passou a ser considerada como o primeiro e o principal de todos os pecados, pois cada hora perdida redundava em perda de trabalho para a glorificação de Deus. O trabalho passa a constituir-se, antes de qualquer coisa, a própria finalidade da vida, sendo a falta de vontade de trabalhar considerada como sintoma da ausência do estado de graça (Weber, 1983). O tempo é, primeiramente, aquele da produção; os outros tempos devem encontrar seu lugar, de algum modo, nas margens do processo produtivo. Desse modo, o tempo consagrado ao trabalho ocupa uma posição central, em torno do qual se organizam todos os outros tempos da existência social (Hassard, 1993), o que, como uma luva, parece adaptar-se perfeitamente às necessidades, exigências e expectativas do modo de produção capitalista, tanto é que os mantém até os dias atuais.

conteúdo profissional, não só da prática médica como também da prática de cuidados: quem tudo sabe, quem tudo pode, quem tudo decide. Sendo assim, “é *ele que deve, desse dócil instrumento, fazer o uso adequado*” (Chaptal, apud Collière, 1989, p. 80), como o preconizado e exaltado por muitos daqueles que se dedicavam (ou que ainda se dedicam) à formação dos novos profissionais de enfermagem, reforçando, desse modo, o mito de sua subalternidade à prática médica porque, em questões relativas aos cuidados de tratamento e cura, neste modelo bio-médico, quase nada sabem, podem muito pouco e geralmente nunca decidem, **apesar de serem levados a se perceber e de serem exigidos como se fossem responsáveis por tudo.**

Sob essa ótica, os profissionais da enfermagem são percebidos como verdadeiras dádivas tanto para a administração como para os próprios médicos. A primeira dispõe de uma mão-de-obra barata e prestativa; os últimos, uma mão-de-obra obediente, confiável e submissa, que não se constitui em ameaça pois não se interessa pela prática médica, nem pelas idéias da medicina:

“servir é a base da prática de enfermagem. Servir os doentes, objeto e finalidade dos cuidados e, *em atenção a eles, servir os médicos, servir a instituição que os trata e os seus representantes*”⁵ (op. cit., p. 79).

Essa postura servil e obediente assegura a não emergência de conflitos, cabendo à enfermagem a execução do que, respaldado na ciência, o

⁵Collière (1989) apresenta um texto escrito por uma aluna de enfermagem do segundo ano, publicado no *L'Infirmière Française*, 1927, p. 350-352, acerca do que seja uma enfermeira perfeita, do qual extrai o seguinte trecho por entender pertinente à apologia da submissão e servilidade como condição necessária e desejável à prática da enfermagem: “Os seus supervisores encontra-la-ão, permanentemente, ativa, bem educada, calma, dedicada; têm, nela, uma inteira confiança e sabem-na submissa e respeitosa, amável e solícita. Para o médico é toda ouvidos, para escutar as suas opiniões, este ouve os seus relatórios claros e precisos, a confissão dos erros que, por acaso, possa ter cometido. Perante ele é respeitosa, submissa, está no seu lugar, inspira-lhe confiança” (p. 356-7).

médico decide⁶. Sob o impacto desse passado cultural e pela progressiva perda do reconhecimento e do valor social e econômico desse conjunto de práticas de cuidados cotidianos assegurados pelas mulheres, vai se consolidando a percepção de ser uma prática desqualificada e subalterna.

A valorização do seu trabalho é, agora e cada vez mais, associada ao tempo destinado à realização daqueles cuidados que dependem de um tratamento ou de uma determinação ou vigilância médica, passando a prática de tais cuidados de enfermagem a ser, quase que essencialmente, tributária da prática médica. Os demais cuidados, destinados à reflexão, à escuta e coleta de informações, à permanência junto aos pacientes e/ou familiares, de promoção e de manutenção da vida, independentes de determinações médicas “são considerados como atos gratuitos, dependendo, implicitamente, do *papel moral* da enfermeira ou da sua consciência profissional” (*op. cit.*, p. 179), porém, a meu ver, muito mais dependentes do próprio sentimento de autonomia, sem medo para tomar decisões sobre o que lhe compete realizar para, assim, permitir a emergência do ato criativo.

A partir de Espinosa, Fuganti (1990, p. 63) apresenta que tanto o medo como a esperança são os sentimentos mais estimulados pelo Estado, pela Igreja, pela família e pelas instituições moralistas de um modo geral para

⁶ Collière (1989) apresenta, também, em um texto escrito por outra aluna de enfermagem, publicado no *L'Infirmière Française*, 1927, p. 193-194, acerca de quais são os deveres da enfermeira para com os superiores. Nele, a referida aluna apresenta a obediência como sendo a execução fiel e pontual das prescrições médicas, sem nada omitir, nem nada acrescentar. No tocante ao item discricão, a aluna caracteriza uma enfermeira discreta como aquela que “nunca deverá formular a mais ligeira crítica ao seu chefe [sendo que “o médico é o primeiro superior da enfermeira”], perante os doentes e no seu ambiente, nem revelar qualquer erro que ele pudesse cometer” (p. 358). Reportando-se a Bernard, Collière apresenta que este, no seu pronunciamento na Assembléia Geral da ANIDEF, em junho de 1926, *L'Infirmière Française*, 1926, p. 199, recomendava às enfermeiras: “respeitai o médico, mesmo se achais que o não merece. O médico deve sempre ser considerado pela enfermeira como seu chefe” (Collière, 1989, p. 85).

tornarem as pessoas impotentes, dependentes e obedientes, para que, “voluntariamente”, os interesses de tais instituições sejam servidos. “Um homem livre, potente e alegre não serve a nenhuma entidade externa e, sobretudo, torna-se o inimigo mais poderoso de tais instituições”.

Por sua vez, a esperança funda-se na crença de um futuro favorável, embora duvidoso. Porém, quem espera não age, torna-se impotente para produzir o próprio futuro. Sob este aspecto, não se pode negar que

a esperança e o medo são, sem dúvida, paixões tristes. E se constituem nas piores paixões, na medida em que são estimuladas e provocadas (...) como mecanismos de captura e controle do desejo, na articulação com a recompensa e o castigo. (...) O temor dos castigos e a esperança das recompensas: são essas as paixões tristes que mais servem aos Estados e às Religiões (...) [que estabelecem] os prêmios para os submissos e os castigos para os transgressores. Esse mecanismo funciona montado no reconhecimento. Logo, todo homem que está submetido ao reconhecimento, que suplica elogios para viver, é prisioneiro das recompensas e dos castigos” (*op. cit.*, p. 65). —

Rolnik (1989, p. 185-186) apresenta que o medo é um sentimento que surge toda vez que o gesto criador é proibido e tem suas conexões interceptadas; ao tornar-se frágil e debilitado, ocorre sua transmutação e substituição pela sensação de medo. Esta, quanto maior for se tornando, mais aumenta a timidez do gesto criador. Desse modo, quando o medo se instala e bloqueia o gesto criador, “desencadeia-se um círculo vicioso no qual o desejo vai enfraquecendo cada vez mais e perdendo cada vez mais sua potência de efetuação”. Segundo Collière (1989, p. 259),

durante muito tempo, as enfermeiras tiveram medo do saber, pois toda uma concepção dos cuidados e de um sistema de sociedade dele as tinham afastado, em consequência da dupla pertença feminina e religiosa da profissão. Como mulheres e como religiosas, e depois como enfermeiras, tinham que se manter afastadas das fontes de saber.

O querer saber, anteriormente à dessacralização do poder político, já era visto pela doutrina agostiniana como curiosidade e a curiosidade, por sua vez, como uma doença e/ou pecado, porém, principalmente, como uma doença e/ou pecado para as mulheres. Às mulheres consagradas era destinada e estimulada a aprendizagem de tarefas repetitivas, subordinadas aos detentores do saber, que lhes diziam como, quando e o que devia ser feito, bloqueando a emergência do gesto criador, pela fiel obediência a tais determinações, decorrente do medo das possíveis repreensões e castigos que lhes pudessem ser impostos em caso de desobediência. Mantendo-se cada vez mais afastadas da evolução dos conhecimentos, aos quais quase não tinham mais acesso, criou-se uma lacuna imensa no patrimônio do conhecimento da enfermagem.

Somente com o surgimento das primeiras escolas de enfermagem, em finais do século XIX, para que as práticas de cuidados incorporassem alguns conhecimentos ditos científicos, é que a enfermagem teve acesso aos conhecimentos em saúde de domínio dos médicos, mesmo assim, com uma determinada margem e dentro de limites bem precisos. Portanto, com o surgimento de Florence Nightingale um domínio específico de conhecimentos em saúde ser-lhe-ia reconhecido poder incorporar, muito embora, ainda pautado pela forte vocação para obedecer e servir, como bem ilustram as seguintes assertivas de sua autoria:

ninguém pense, entretanto, que a obediência ao médico não é absolutamente necessária. Apenas nem o médico nem a enfermeira enfatizam suficientemente a obediência *inteligente* e o fato de a *mera* obediência ser muito pouco (Nightingale, 1989, p. 166).

o cultivo dos conhecimentos sobre a observação e a prática da saúde nas mulheres que são mães, governantas ou enfermeiras é justamente o modo de acabar com os amadores que gostam de

receitar⁷. Seria um grande auxílio, ao invés de obstáculo, se os médicos soubessem fazer com que as enfermeiras obedecessem às suas ordens (*op. cit.*, p. 145-146).

Em conformidade com tais pensamentos, Florence preconizava que as enfermeiras deveriam estar submetidas a uma forte organização disciplinar, cuja finalidade exclusiva era capacitá-las para a execução inteligente das tarefas ordenadas pelos médicos, constituindo, assim, toda a prática da enfermagem. Tais ordens, embora dizendo respeito aos pacientes, eram executadas para a satisfação dos próprios médicos, por terem suas determinações respeitadas. Segundo Smith, citado por Almeida e Rocha (1989, p. 44),

sua recusa, em Scutari, em permitir que enfermeiras por si só prestassem o cuidado básico de enfermagem sem ordens dos cirurgiões militares é visto por alguns como um precedente crucial na definição de enfermeiras como subordinadas dos médicos em todos os aspectos de seu trabalho, mesmo no cuidado básico de enfermagem, nos quais falta aos médicos a destreza.

Segundo Lunardi (1998, p. 69), a relação de obediência preconizada por Florence para os enfermeiros, até como uma forma de resposta esperada bastante dogmática ao exercício de poder da autoridade, “pode ser identificada numa obediência religiosa aos preceitos e leis divinas, porque Deus pensa, justifica e ensina”. Por sua vez, tal dogmatismo também pode ser constatado “na ênfase e obediência fiel aos preceitos e determinações médicas, deixando

⁷ Florence demonstra toda a sua desaprovação a que as pessoas que se dedicam à realização dos cuidados de enfermagem (não fazia distinção entre mãe, governanta, enfermeira ou qualquer outra pessoa que cuidasse de doentes) prescrevessem algum tipo de medicamento ou fizessem uso do mesmo sem a devida prescrição médica, o que ainda se mantém bastante presente nos dias atuais. Numa postura sarcástica e desdenhosa, apresenta que “a homeopatia introduziu melhora considerável de prescrever remédios por mulheres amadoras, pois suas regras são excelentes, seus remédios praticamente inofensivos - o ‘glóbulo’ é um grão de tolice que parece ser necessário para tornar aceitável qualquer coisa boa. Deixemos então que as mulheres ministrem remédios homeopáticos. Se é que tem de administrar algum remédio, não causarão nenhum mal” (Nightingale, 1989, p. 145).

sem importância o que a enfermeira pensa”. Mesmo que possa ser entendida como uma obediência inteligente, porque não se resume apenas ao cumprimento das ordens, mas porque sabe a forma como melhor obedecer em questões de enfermagem, “porque se prepara, observa e aprende a tomar decisões de como melhor obedecer” (*op. cit.*, p. 70).

Florence, em sua obra “Notas sobre enfermagem” apresenta um discurso que prima, principalmente, pela falta e culpabilização, pela crítica à negligência e aos aspectos negativos que atribuía ao sexo feminino, como a insensatez e a necessidade da avaliação e acompanhamento contínuos e constantes, decorrentes da falta de confiabilidade das mulheres⁸. Apesar disso, tinha convicção de que os maus cuidados de enfermagem prestados eram resultantes de uma falta de reflexão das enfermeiras, muito mais do que sua falta de atenção para com o ser cuidado.

Em seus escritos, explicita e reconhece que a prestação de maus cuidados poderia não ser culpa de uma enfermeira descuidada. Dizia acreditar que sua ocorrência não seria devida à enfermeira por querer “poupar-se desse trabalho (pois falta de atenção para com o paciente é muito raro), mas por não saber o que deva ser feito” (Nightingale, 1989, p. 27). Daí, buscar não só explicitar princípios fundamentais dos cuidados de enfermagem, mas, também, evidenciar e reivindicar domínios de conhecimentos que pudessem ser utilizados para sua adequada e correta realização.

⁸ Apresento esta assertiva de Florence para melhor caracterizar o tom de seu discurso. “Ainda assim, a enfermeira, vendo que uma ou duas xícaras de chá ou de café fazem bem ao doente, pensa que três ou quatro xícaras terão efeito duplicado. Este não é o caso” (Nightingale, 1987, p. 87).

Neste caso, a enfermagem não estaria estritamente obedecendo ou simplesmente sujeitando-se às prescrições médicas, mas refletindo sobre elas, buscando compreendê-las para, desse modo, poder melhor executá-las, ou seja, obedecendo-as inteligentemente. Assim, a obediência inteligente parece significar não apenas uma mera obediência, “mas uma obediência com espaço para a decisão quanto ao que é melhor ou o mais correto, porém, ainda uma relação de obediência a algo ou a alguém que se encontra fora de si” (Lunardi, 1997, p. 117). A obediência inteligente como o verdadeiro sentido da disciplina, segundo Lunardi (1998, p. 70), implica e assegura “uma relação não de autonomia, do sujeito arbitrando em relação a si, mas de heteronomia, do sujeito que age em relação e na dependência do que o outro dele espera”.

Apesar de preconizar a obediência, esta postura de Florence representa, para a enfermagem, a primeira vez em que “*é a própria prática dos cuidados que constitui objeto de interrogação* e não a pessoa da enfermeira que pode ser julgada, a cada momento, na execução de um papel, [pela] emanção de regras de boa conduta”. Apesar de tal concepção, Florence não conseguiu dissociar a pessoa daquele que presta cuidados “da impregnação moral reinante e, assim, acaba ela própria por definir um código de conduta a que a enfermeira não só deve aderir, mas em que se tem que reconhecer” (Collière, 1989, p. 213).

Conforme pode ser depreendido do até aqui exposto, durante este processo histórico-evolutivo da enfermagem, parece que se foi delineando os elementos específicos do seu fazer e construindo-se, desse modo, sua representação de ser um trabalho em saúde subalterno à medicina. Em síntese, pode-se colocar que, com o desenvolvimento, cada vez maior, da área de

influência da medicina, a enfermagem, anteriormente estruturada como um serviço destinado e colocado à disposição dos pobres, doentes e desassistidos, mudou progressivamente de direção.

Portanto, com a crescente medicalização e promulgação de leis anticlericais decorrentes da dessacralização do poder político - condições, a partir daí, propícias à emergência do capitalismo -, é que se deu o progressivo recuo para a identificação da prática de cuidados com a mulher consagrada. Isso contribuiu para a construção e reforço de uma outra imagem: a da mulher enfermeira-auxiliar de médico, portanto, subordinada às decisões e ordens emanadas desse profissional (Collière, 1989).

Assim, no despontar desse novo modelo, no qual se dá a transição de mulher consagrada à mulher enfermeira-auxiliar de médico, ocorreu, num primeiro momento, a incumbência da enfermagem de tornar disponível, manter, organizar e preparar o material necessário à prática da medicina para, após e sob sua responsabilidade e comando, assegurar que os cuidados prescritos e delegados pelo médico seriam cumpridos.

A enfermagem, agora com sua nova configuração, vai absorvendo as atividades de cuidados cotidianos de promoção, manutenção e restauração da vida, desenvolvidas durante milênios, estruturando-as e reorganizando-as em um novo modelo assistencial, porém com o ônus de vir a tornar-se um ramo com a pecha de dependente e subordinado ao saber hegemônico da saúde, representado pela medicina⁹.

⁹ Um trabalho magistral sobre este tema foi desenvolvido por Denise Pires, "Hegemonia médica na saúde e a enfermagem" (1989).

Ao mesmo tempo que adquire essa nova configuração, reproduz, em seu interior, a divisão social de classes, por meio da divisão técnica do trabalho, separando as atividades gerenciais daquelas direcionadas aos cuidados prestados diretamente ao paciente. Além disso, esta divisão do trabalho caracterizará a enfermagem no seu desenvolvimento futuro: a instituição de relações de dominação/subordinação entre seus próprios agentes (Almeida e Rocha, 1989).

Por sua vez, ao executar cada vez mais as tarefas que eram costumeiramente praticadas pelo próprio médico, pouco a pouco, a enfermagem acedeu aos conhecimentos de cuidados de tratamento e cura que este detinha e foi compartilhando para que pudessem ser efetivadas as tarefas por ele delegadas. As tarefas técnicas médicas delegadas à enfermagem (injeções, cateterismos, clisteres, dentre outras) somente o foram, na medida em que estas foram se tornando secundárias ao interesse médico, provavelmente, em decorrência de terem se tornado monótonas e banais, por seu maior domínio, divulgação e utilização, configurando-se, assim, como muito mais fáceis e de menor prestígio, em relação ao surgimento de técnicas cada vez mais complexas e melhor elaboradas com o contínuo e cada vez mais acelerado avanço do conhecimento.

Apesar disso e, também, por causa disso, houve sempre e ainda continua havendo (principalmente por parte dos órgãos formadores) um constante apelo à lembrança dos limites bem precisos que devem ser observados pela enfermagem na utilização desse saber, ou seja, das linhas gerais do conhecimento médico: um convite a manter a humildade para não só constranger qualquer aspiração a maior prestígio, mas constranger qualquer

emergência do desejo de poder vir a prescindir do médico nas tomadas de decisão, até mesmo, quando relativas ao fazer específico de sua área de competência, não só técnica como legal. Constituem formas de uma constante reatualização das recomendações de igual teor daquela de Bernard, citado por Collière (1989, p. 85), quando recomenda:

permaneçei mulheres e enfermeiras (...) não há tarefas vis (...) é ao aceitá-las [as tarefas vis], com simplicidade, que tirareis todo o prestígio de que tendes necessidade [pois, no vosso caso, não tendes lá grande necessidade, pelo menos, não tão grande como a necessidade de prestígio que os homens e os médicos têm].

Contrariando tal tipo de recomendações, a enfermagem parece que partiu em busca de valorização social e de prestígio, diferentes daqueles que provêm apenas dos valores morais e religiosos herdados do passado. Para tanto, a prática de enfermagem passou a constituir-se, a partir da metade do século XX, em função e em torno da prescrição médica: num primeiro momento, da prescrição terapêutica, para depois, dedicar-se às prescrições relativas à investigação e ao diagnóstico médicos. Desse modo, concordo com Almeida e Rocha (1989, p. 61) quando afirmam que "o saber de enfermagem, ao mesmo tempo que quer se tornar científico, procura essa cientificidade na aproximação com o saber da medicina e, conseqüentemente, com sua autoridade".

Por sua vez, as novas orientações conferidas pelo desenvolvimento científico e tecnológico, na área da saúde, ao afirmarem-se na década de 50, ganharam ímpeto, dando origem a novas formas de organização dos cuidados, porém, com grande ônus para o próprio doente: ao invés do seu reconhecimento como pessoa continua a ser reduzido, ainda e cada vez mais, à sua doença, a um caso clínico. Desse modo, há o predomínio de tarefas de enfermagem advindas da prescrição médica, realizadas, em grande parte, pelo

peçoal auxiliar e as atividades gerenciais, progressivamente e cada vez mais, realizadas pelo enfermeiro, para possibilitar, dentre outros, o atendimento médico especializado, em detrimento das funções essenciais da administração da assistência, com vistas à qualidade dos cuidados prestados.

Sendo assim,

a enfermeira, apesar de ser assalariada e não participar dos lucros da empresa, toma a posição de gerente da assistência de enfermagem e, até certo ponto, da organização institucional. É isso que a instituição espera dela, porque precisa de alguém que conheça a essência do trabalho da enfermagem e não para executá-lo, pois desta forma haveria a necessidade de muitas enfermeiras, o que não convém, pois torna-se oneroso, ameaçando o lucro (*op. cit.*, p. 72).

A enfermagem, ao assim proceder, distancia-se, pouco a pouco e cada vez mais, dos valores morais e religiosos. Predominantemente, o que diz respeito aos cuidados cotidianos de manutenção e promoção da vida é visto como desprovido da supertecnicidade que confere prestígio e valorização. Tais cuidados são tidos como não mobilizadores de qualquer competência particular, pelo hipotecnismo e, até mesmo, pela ausência de “mistério” que os caracterizam. Sua execução parece tornar-se dependente, basicamente, da consciência do profissional, como se desprovida de um saber que lhe dê sustentação.

A adoção dessa postura cristaliza-se, culminando com a total adesão ao modelo bio-médico,

valorizando a tecnicidade sem, no entanto, a dominar, nem mesmo ter acesso ao processo analítico que gerou a multiplicação das tecnologias médicas. Os cuidados aos doentes passam a ser “a técnica”, e, depois, os “cuidados técnicos”. É a doença que os determina, os orienta (Collière, 1989, p. 125).

Com a adesão quase que exclusiva a esse modelo, apoiado no sistema gerencial burocratizado, essencialmente seguindo as prescrições médicas e aperfeiçoando habilidades técnicas, os executores de cuidados de enfermagem não têm ajudado, tanto quanto poderiam, as pessoas a levarem uma existência mais saudável. Isto porque esta forma de atuação não tem assegurado à clientela os cuidados sustentados no saber da enfermagem, desenvolvido e acumulado sobre esses mesmos cuidados.

Ainda convém ressaltar que a forma como os serviços de atendimento à saúde estão organizados, em sua grande maioria, vem submetendo a qualidade do trabalho à produção e, a meu ver, direcionada em maior escala aos interesses econômicos e em escala muito menor à promoção do homem, seja como cliente, seja como profissional.

Neste contexto, os trabalhadores da enfermagem, especialmente os enfermeiros, vêm pautando suas atuações muito mais em atenção às necessidades e determinações dos locais ou organizações onde prestam seus serviços e muito menos às pessoas com suas singularidades, numa clara demonstração de sua total e adequada inserção no modo de produção capitalista.

Dessa forma, o potencial de cuidar da enfermagem encontra-se comprometido/subutilizado. Se, por um lado, os cuidados ofertados, na maioria das vezes, não proporcionam nem realçam o bem-estar, o conforto e, principalmente, a autonomia do paciente, por outro lado, o direcionamento dos esforços dos trabalhadores da enfermagem para atender às demandas tecnológicas, organizacionais e institucionais os tem mantido alienados e, possivelmente, os tem impedido de experimentar sentimentos de autonomia,

aumento da auto-estima, valorização profissional, satisfação e prazer no trabalho, entre outros sentimentos de igual natureza.

Este tipo de atuação parece, também, estar privilegiando uma abordagem predominantemente reprodutora e mecânica de normas e rotinas, na qual os atos que desenvolvem têm sido orientados pelo fazer, numa forte expressão de produtividade econômica, pautada pela capitalização do tempo e sobrecarga de trabalho, com pouco espaço para a reflexão e o pensar. Não há como se contestar que, analisada sob este ponto de vista, “é como se a assistência de saúde fosse realizada só com a participação da prática médica, sem a cooperação [da prática] dos outros trabalhadores da saúde” (Almeida e Rocha, 1989, p. 21), reforçando, ainda mais, o trabalho da enfermagem como sendo pouco qualificado e o mito de ser sua prática essencialmente dependente e subordinada à prática médica, porque dela tem fundamentalmente decorrido.

3.1 - INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM: NASCE UMA PROFISSÃO

Com a transformação do modo de produção e em atenção às suas demandas, à medida que a ideologia sobre a assistência à saúde ajustava-se a isto, coincidentemente com as mudanças nas funções sociais dos hospitais e conseqüentemente à sua medicalização, o controle das ações de saúde passou a ser exercido pelo médico.

Sendo assim, esta relação de subordinação da enfermagem à medicina viu-se reforçada no nascimento da enfermagem como profissão, nos primórdios do desenvolvimento da sociedade capitalista, no início da organização dos

hospitais como instituições custodiais (e não mais excludentes)¹⁰, ao objetivar-se a necessidade de formação de mão de obra auxiliar e subalterna para cumprir, entre outras, obrigações de assistência ininterrupta durante as vinte e quatro horas do dia e a integralidade das determinações e prescrições médicas¹¹.

Segundo Almeida e Rocha (1989), as mudanças da enfermagem tradicional para a moderna, introduzidas no século XIX¹² corresponderam muito mais a um treinamento disciplinar do que propriamente um início da elaboração do saber em enfermagem. A finalidade do treinamento dos agentes da

¹⁰ Ao final do século XVIII e início do século XIX, num contexto de transformações sociais, a burguesia assume como classe dominante, especialmente na Inglaterra, verificando-se grandes transformações nas práticas de assistência à saúde. Há a introdução, por Florence Nightingale, de várias técnicas disciplinares que impõem limites ao espaço que os diversos trabalhadores da saúde ocupam na hierarquia hospitalar e, em particular, na hierarquia da enfermagem (Almeida e Rocha, 1989). Por sua vez, com a medicalização do hospital, além da disciplinarização do espaço hospitalar pelo controle e a gerência dos homens e o esquadramento do espaço, ocorre a transformação do saber médico. Este saber vem a constituir-se numa medicina do meio, não mais dirigida à doença, porém direcionada ao que a rodeia como o ambiente, o ar, a água e a ventilação. O médico, com o deslocamento de sua intervenção para o espaço hospitalar, busca a recuperação do doente como força de trabalho necessária, neste período de desenvolvimento industrial. Intensifica suas visitas aos pacientes e, gradativamente mais presente no meio hospitalar, assume a direção administrativa desta instituição. Assiste-se, portanto, no hospital disciplinado e medicalizado e tido como um local terapêutico, uma reorganização administrativa em que o topo da hierarquia ocupado, até então, pelo pessoal religioso passa a ser preenchido pelo médico, o novo detentor do saber (Foucault, 1990).

¹¹ Ao cumprir obrigações de assistência durante as vinte e quatro horas do dia, trezentos e sessenta e cinco dias por ano, a enfermagem assume a responsabilidade pelo cumprimento integral das determinações e prescrições médicas, registro da evolução dos casos, organização do ambiente assistencial, empenhando-se em colocar à disposição dos demais profissionais equipamentos e materiais de consumo, além de outras tarefas menos explícitas. Leopardi (1991, p. 25) aponta, ainda, “o controle direto sobre os pacientes, diminuição dos conflitos entre eles e os outros profissionais, mediação junto às famílias e mais outras como consolar, compreender, enfim, ser mesmo uma família substituta para os pacientes”.

¹² Enquanto a gênese do conhecimento clínico deu-se ao final do Século XVIII, quando do movimento social de transformação do hospital como um local de cura, a gênese da enfermagem, como uma atividade como é, ainda, conhecida e produzida na atualidade, deu-se no século XIX, na Inglaterra, tornando possível, desse modo, o projeto de recuperação individual, ou seja, tomar o corpo do doente como objeto do trabalho médico, higienizar e disciplinar o espaço hospitalar. Portanto, é neste mesmo movimento, no qual nasce a clínica e ocorre a transformação do hospital como instrumento de cura, que a enfermagem institucionaliza-se como profissão (Almeida e Rocha, 1997).

enfermagem, além de legitimar a hierarquia de poder já existente entre o próprio pessoal de enfermagem, foi de disciplinar as relações de poder no ambiente hospitalar, especialmente, entre médicos e enfermagem: uma disciplina do espaço desses agentes, porém encoberto sob o discurso da vocação e da arte, com caráter despolitizante, com o objetivo de vincular a execução de quaisquer tarefas da enfermagem, relativas ao cuidado, sempre a uma determinação médica.

Essa postura de subordinação à categoria médica, como princípio norteador das suas ações, inspirada, historicamente, nas rígidas hierarquias e burocracias, tanto militar como religiosa, estendeu-se, como se procurou demonstrar, à própria organização inicial das escolas de enfermagem, cujos efeitos fazem-se sentir, ainda, até os dias atuais.

A enfermagem, ao sofrer tal transformação, passou a estabelecer-se neste espaço de extensão do médico, ou seja, no hospital medicalizado, absorvendo e reproduzindo o modelo cujo fundamento tecnológico passou a ser a clínica, com o objetivo de recuperar os corpos dos homens e, essencialmente, sua utilidade, enquanto força de trabalho. Nesse cenário, foram criadas as condições para o surgimento e institucionalização da enfermagem como profissão: não mais constituir-se-ia, apenas, numa prática de cuidado moral, pautada pela caridade, benevolência e obediência, mas, também, transformaria seus exercentes em força de trabalho assalariada.

É inegável que, com a medicalização do hospital, se desencadeou um processo de mobilização da categoria médica, ampliando seu espaço de influência e atuação social, impondo-se como serviço essencial e garantindo

uma posição privilegiada no mercado de trabalho¹³. Entretanto, isto não se deu nos mesmos moldes com a enfermagem, que permaneceu numa posição aparentemente subsidiária, pautada pela obediência e pelo servir¹⁴.

Ainda é correto dizer que a responsabilidade médica sobre aspectos relativos à doença e seu prognóstico detém um grande peso frente aos direitos legais do paciente de ter uma assistência de boa qualidade. Também é inegável que, bem mais do que responsabilidade, há o poder que tais aspectos conferem à classe médica, sendo seu exercício sobre os indivíduos um fator determinante das relações em saúde, ou melhor, das relações em situações de doença (Kleba, 1996).

Concordo com Leopardi (1991), quando afirma que, durante o processo de instalação do capitalismo, houve o predomínio do poder médico na hierarquia dos profissionais da área da saúde, expresso pela ampla e contínua medicalização dos setores públicos e privados da sociedade. Nesse processo, como foi anteriormente destacado, a base teórica e prática contida no ato médico passou a ser hegemônica, uma vez que a clínica, como desenvolvimento histórico de um saber de domínio exclusivo da medicina, submetia as idéias e fazeres dos demais profissionais. Porém, discordo que

¹³ No Brasil, o surgimento das Academias Médico-cirúrgicas, com a vinda da família real portuguesa, consolidou a medicina como profissão institucionalizada no campo da saúde. Esta institucionalização reconhece-a como a detentora legal dos conhecimentos científicos da área, estabelece regras para sua formação e prática e lhe outorga o controle da formação e emissão de regras para a regulamentação da prática de outros profissionais de saúde até então independentes, dentre os quais, as parteiras, os enfermeiros, os dentistas, os farmacêuticos. A partir daí, passam a ter a formação e a prática controlada pelos médicos (Pires, 1996).

¹⁴ Outros fatores que se tem que destacar têm a ver com a própria classe social de origem das pessoas dedicadas a essas duas profissões, bem como as questões relativas ao gênero a que pertencem. Os médicos, geralmente, são homens e provenientes de uma classe social mais afortunada; os trabalhadores da enfermagem, principalmente aqueles a quem compete os cuidados mais próximos ao corpo, em sua grande maioria, são mulheres e provenientes das classes sociais menos favorecidas (Lopes, 1988; Meyer, 1991).

este predomínio mantenha-se, ainda, em igual medida na atualidade, a não ser de forma representacional, respaldada pela tradição.

Corroborando tal assertiva, Schraiber (1993) apresenta o resultado do estudo que realizou junto a médicos brasileiros que iniciaram seu exercício profissional entre 1930 e 1955, por serem profissionais que vivenciaram e participaram do movimento de transformação da medicina liberal em tecnológica, em outras palavras, a passagem do trabalho médico de uma prática liberal para uma prática coletivizada de trabalho. Afirma que, dadas as particularidades de realização do modo de produção capitalista no processo brasileiro, a configuração mais exata da medicina ocorreu apenas no fim do século XIX, vivendo seu maior momento até os anos próximos de 1930. A partir daí, a medicina liberal passou a conviver com condições sociais que impuseram uma perda progressiva de seu predomínio, ocorrendo sua superação enquanto modelo de trabalho, já a partir dos anos 60.

Também não se pode esquecer que a enfermagem brasileira, a partir dos anos 20 passou a ser fortemente influenciada pelo Sistema Nightingale, com a organização de serviços e a criação de escolas de enfermagem nos moldes nightingaleanos, repercutindo na formação dos enfermeiros e dando uma outra configuração à própria enfermagem. Além disso, na década de 60, outros progressos profissionais foram sendo conquistados com sua elevação e passagem a curso universitário e sua inclusão no rol das profissões que dão acesso à formação de nível superior. Entretanto, principalmente a partir da década de 70, com o desenvolvimento dos programas de pós-graduação e a realização de pesquisas, associados ao progressivo desenvolvimento das teorias de enfermagem internacionais e do subsequente surgimento de “teorias”

de enfermagem nacionais, foi que a enfermagem brasileira começou a reunir condições para apresentar uma nova postura profissional, que a contemple com um exercício profissional mais próximo às suas expectativas e mais compatível com sua formação.

Portanto, no caso brasileiro, dá para se inferir que essa passagem de um a outro modelo destas práticas processou-se em um espaço de tempo relativamente curto, daí a dificuldade de serem percebidas estas transformações, mantendo-se arraigadas tanto a representação social da medicina em sua forma tradicional como a representação das demais profissões da área da saúde mas, especialmente, a da enfermagem.

Segundo Moscovici (1981), as representações sociais correspondem a um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações inter-individuais. Equivale aos mitos e sistemas de crenças nas sociedades tradicionais e em nossa sociedade podem ser consideradas como uma versão contemporânea do senso comum. Nessa mesma linha de raciocínio, Abric (1994) considera qualquer representação como uma visão funcional do mundo que permite ao indivíduo ou grupo dar sentido a suas condutas e compreender a realidade, por meio de seu sistema próprio de referências. Ao orientar as ações e as relações sociais, qualquer representação apresenta-se como um guia para a ação. Em outras palavras, funciona como um sistema de interpretação da realidade que regula as relações dos indivíduos no ambiente psíquico e social, determinando seus comportamentos e suas práticas.

Uma representação social constitui-se num sistema de pré-decodificação da realidade, uma vez que determina um conjunto de antecipações e

expectativas. É possível inferir que as representações sociais são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, frente a uma visão prática e convergente à construção de uma realidade comum a um conjunto social, onde os sujeitos sociais buscam atribuir um sentido ao mundo, entendê-lo e, através de uma identidade social, encontrar o seu lugar.

Wagner (1995) afirma que, em grande parte, a estrutura social determina o que e como os membros de um grupo pensam, ou seja, a condição mental dos membros de um grupo reflete uma estrutura social. As estruturas básicas de sua experiência social comum, de seu pensamento e de sua ação, mesmo que os indivíduos pertencentes ao mesmo grupo social possam apresentar diferentes tipos de personalidade, mostram-se bastante próximas e similares em suas representações sociais. Isto serve para explicar, por exemplo, como a representação social que os profissionais de enfermagem têm da “prática profissional correta” dirige suas ações, perante seus pacientes e demais colegas e profissionais. Da mesma forma, no cotidiano, as pessoas acreditam e dizem que agem desta ou daquela maneira, porque se pautam pelo entendimento que determinado comportamento é apropriado e correto para uma dada situação.

O que se tem assistido neste último século, principalmente nas últimas décadas, é um rápido e volumoso desenvolvimento das técnicas terapêuticas e o surgimento de novas categorias profissionais que, cada vez mais, assumem tarefas antes do domínio da medicina e da enfermagem. Percebo que a enfermagem, ao adotar uma postura submissa à ideologia do servir, da doação, da abnegação e da obediência, responsabilizando-se idealmente por “tudo”, gasta muito do seu tempo a administrar as carências e as impossibilidades para

a realização do seu trabalho; vem, aos poucos, perdendo partes do seu fazer que, ao invés de tornarem-se suas especialidades, têm sido apropriadas por outros profissionais ou, até mesmo, dado origem a novas profissões, tais como a nutrição e fisioterapia, cujas iniciativas decorreram da atuação pioneira de profissionais da enfermagem, dentre os quais se pode citar a própria Florence Nightingale.

Em resposta a esse contínuo e progressivo desenvolvimento técnico-científico, vem ocorrendo, também, o surgimento de novas especialidades no interior da própria medicina. Essa crescente especialização e a conseqüente fragmentação do fazer e do saber médicos, como forma de divisão do trabalho, bem como a delegação de atividades, antes de sua exclusiva competência, à enfermagem, não só possibilita, mas exige do enfermeiro, na atualidade, uma postura de coordenação e gerência das ações de cuidado prestadas.

Leopardi (1991) já postulava a possibilidade do enfermeiro realizar um trabalho com relativa autonomia nos aspectos referentes à organização do ambiente e em definir certas estratégias de organização, de cuidados e de controle do trabalho da equipe de enfermagem, por entender que estas ações não dependem do diagnóstico médico. Porém, atribui o comando das atividades assistenciais à definição prévia de um diagnóstico médico, percebendo pouco espaço para a enfermagem alcançar suas metas de ampliação da assistência e autonomia profissional.

Em minha percepção, as atividades assistenciais que a enfermagem pode desenvolver não precisam ficar atreladas, necessariamente, a esta definição diagnóstica. Reconheço que o estabelecimento de um diagnóstico médico pode e deve ser visto como um elemento valioso e extremamente útil às

tomadas de decisão do enfermeiro, em determinadas situações, nas quais este diagnóstico pode se constituir em fator de enriquecimento e adequação da atuação da enfermagem. Porém, atribuir tal peso ao diagnóstico médico constitui, a meu ver, um dos possíveis elementos que, ao não considerar a diminuição progressiva do predomínio do trabalho médico, vêm servindo de reforço à permanência do mito de subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina.

Esta percepção deriva da constatação de que, em muitas ocasiões, prévias à definição de um diagnóstico médico, o paciente pode vir a permanecer durante dias, e até mesmo semanas, recebendo cuidados de enfermagem, compreendendo não só os aspectos relativos à higiene, nutrição e conforto, mas, também, à detecção de sinais e sintomas que podem vir a exigir a interferência dos profissionais da própria enfermagem, de outros profissionais da saúde e, inclusive, do médico. Em ocasiões posteriores ao prognóstico médico, no qual fica estabelecido que não há nenhuma chance de recuperação ou cura e a morte será inevitável, a enfermagem pode exercer um papel de fundamental importância ao ministrar os cuidados pertinentes ao seu fazer, podendo, inclusive, originar resultados que se contraponham a prognósticos dessa natureza. E, após a morte, quando a medicina nada mais pode fazer, a enfermagem, mesmo assim, presta os últimos cuidados em relação ao corpo do paciente morto e, muitas vezes, por meio de ações de consolo para com os familiares, dando mostras de que as ações de cuidado não ficam restritas, necessariamente, apenas à pessoa do paciente.

Tal postura não descarta a essencialidade do trabalho médico, nem nega sua importância no tocante aos aspectos relativos à vigência de doenças, mas

difere de algumas das posições e assertivas de autores como Castellanos et al. (1989) e Leopardi et al. (1989, p 121), quando estes afirmam que “o processo de trabalho fundamental é o processo de trabalho médico, cujos objetos são os corpos dos indivíduos” que, para transformação destes objetos, utiliza-se de determinados instrumentos ou meios adequados ao trabalho, dentre os quais o próprio processo de trabalho de assistência de enfermagem.

Nas instituições de saúde, que “têm como finalidade explícita o tratamento e a cura das doenças e, mais modernamente, a prevenção das mesmas” (Leopardi et al., 1989, p 121), será que se poderia dizer que existe um processo de trabalho que seja “o fundamental”? E se realmente existir, este processo de trabalho fundamental não poderia ser o processo de trabalho de assistência de enfermagem? Em relação à hospitalização, as pessoas são internadas, essencialmente, para terem um diagnóstico médico confirmado e uma terapêutica instituída? e/ou para **terem sua terapêutica implementada, serem tratadas** e, principalmente, **cuidadas**?

Estas interrogativas encontram respaldo nas conclusões apresentadas por Menzies (1970), nas quais afirma que o hospital assume a responsabilidade de cuidados para com pessoas doentes que não podem ser tratadas em suas próprias casas, porém, é no serviço de enfermagem que reside a principal responsabilidade pelo desempenho desta tarefa hospitalar primária de prover cuidados contínuos aos pacientes internados, dia e noite, durante todo o ano, incluindo-se nestes cuidados as ações de implementação da terapêutica e tratamento.

Vista sob este ângulo, faz-se necessário delinear novos critérios de análise das perspectivas profissionais para a enfermagem, com vistas não só à

sua redefinição enquanto profissão, mas para, reformulando preceitos de sua prática, redimensionar o próprio exercício profissional. A importância do trabalho da enfermagem, principalmente dentro do espaço hospitalar, reside na garantia de uma assistência à saúde contínua e integral (Kleba, 1996). Em minha percepção, esta pode ser obtida por meio de ações desempenhadas pela enfermagem que atuem sobre o ambiente, organizando-o para torná-lo terapêutico, e por meio da execução, coordenação e gerenciamento de ações que se direcionem ao atendimento das necessidades de saúde do ser humano, nos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, prestadas pelo conjunto de todos os trabalhadores da saúde.

CAPÍTULO 4

DA PRODUÇÃO DA SUBJETIVIDADE

Talvez aqui esteja a grande força do pensamento-ação de Guattari: gerar movimentos que criam relevos na realidade, ou melhor, que criam uma realidade com relevos, com altos e baixos, verdadeiros territórios de criatividade social, muito distantes da plana e amorfa realidade imposta em uma sociedade que se viciou no sossego do não desejar.

Nelson Coelho Júnior

No presente capítulo, apoiando-me essencialmente, mas não exclusivamente, no pensamento filosófico de Félix Guattari, busco apresentar elementos que permitam a emergência da compreensão acerca de como se dá a produção da subjetividade e de como os modos de subjetivação têm sido apropriados pelo capitalismo, em resposta às necessidades e aos interesses das elites e manipulados pelos poderes dominantes, enquanto formas de capital de uma outra natureza:

o capital do conhecimento, o capital de adaptação e de submissão da força de trabalho ao meio ambiente produtivo e, mais geralmente, do conjunto das populações ao meio ambiente urbano e rural urbanizado, o capital de introjeção inconsciente dos modelos do sistema, o capital de força repressiva e militar [que] não só participam de pleno direito da composição orgânica do capital contemporâneo, mas, além disso, ocupam nele parte cada vez mais importante (Guattari, 1987a, p. 204).

A elaboração desta parte do texto constituiu-se, fundamentalmente, num árduo trabalho de garimpagem antropofágica¹, numa tentativa de cartografar as principais idéias de Guattari, dispersas em suas obras e de seus parceiros, colaboradores e seguidores, para apropriação de um referencial que permita tanto o reconhecimento quanto a dissecação de uma realidade profissional, cada vez mais condicionada e condicionante, adquirindo formas míticas e impermeabilizadas a críticas mais severas e a transformações mais profundas.

Minha opção por Guattari deveu-se, num primeiro momento, ao sentir-me contemplado na assertiva de Rolnik (1996, p. 39), quando apresenta que

é comum acontecer de pessoas que o lêem pela primeira vez comentarem que não entenderam quase nada e que, no entanto, experimentam como que um entendimento de uma outra ordem,

¹ Termo utilizado por analogia à idéia de Suelly Rolnik (1989), ao referir-se à apropriação que se faz das idéias de outro autor. Esta condição de uma justificável apropriação de idéias recebe guarida em Deleuze, quando diz que os roubos são totalmente contrários aos plágios. Se repetimos os modelos conhecidos, é para esgotá-los até produzir o próprio método (Deleuze e Parnet, 1997).

como se estivessem ouvindo ali algo que sempre haviam sabido, sem saber, e que o fato de alguém dizê-lo traz uma espécie de força inusitada.

Essa força inusitada traduziu-se em ousadia para permitir-me pensar e refletir sobre coisas jamais por mim imaginadas e de ter coragem para expor minhas opiniões, não como se necessariamente representassem a verdade por serem verdadeiras, mas verdadeiras porque produto de meus pensamentos e reflexões, portanto, minha verdade.

Por outro lado, minha escolha resultou também, por causa da precisão de suas análises, muitas vezes entendidas como pessimistas, por apresentarem elementos para se perceber a face cruel da sociedade em que vivemos, mas, a meu ver, otimistas, porque apontam para formas de construção de uma nova ordem e nos permitem vislumbrar, no sujeito mesmo, a possibilidade de criar e viver outra realidade. “Não uma realidade considerada outra, paralela, alternativa à dominante” que, desse modo, nada mais seria do que sua parte marginalizada, podendo representar tanto uma impossibilidade de entrega aos processos de singularização como uma necessidade de conservação das formas vigentes, apesar de poder veicular a ilusão de autonomia e de criação (Rolnik, 1989, p. 214).

Sem uma verdadeira ruptura com aquilo que não se concorda no instituído, qualquer alternativa não vai além de reivindicar e enaltecer a marginalização. Para produzir novos agenciamentos de singularização que trabalhem por uma sensibilidade estética, pela mudança do viver cotidiano e por transformações sociais, é necessário produzir uma subjetividade com capacidade para gerir a realidade social e os processos de singularização subjetiva, sem confinar os sujeitos no esquadramento do poder dominante.

Guattari (1993c, p. 177), ao questionar-se acerca do que dizer da produção de subjetividade, nos dias atuais, afirma ter sido levado a reconhecer que “os conteúdos da subjetividade dependem, cada vez mais, de uma infinidade de sistemas maquínicos”. A multiplicidade de tais sistemas, em particular a mídia eletrônica e a informática, incide sobre todas as formas de produção de enunciados, pensamentos, imagens e afetos. Porém, apesar das

imensas potencialidades processuais trazidas por todas essas revoluções informáticas, telemáticas, robóticas, biotecnológicas (...), até agora, só fizeram levar a um reforço dos sistemas anteriores de alienação, a uma mass-mediatização opressiva e a políticas consensuais infantilizantes (*op. cit.*, p. 187).

Na ótica guattariana, tanto a informática como a tecno-ciência, nada mais são do que formas hiperdesenvolvidas e hiperconcentradas de certos aspectos da própria subjetividade humana. Sendo assim, “o progresso monstruoso dos maquinismos de toda espécie, em todos os campos, e que parece levar a espécie humana a uma catástrofe inelutável, poderia, da mesma forma, tornar-se a via real de sua libertação” (Guattari, 1987a, p. 138). Daí, sua convicção da inexistência de sentido do homem em querer desviar-se das máquinas, como se elas fossem causas de seus desvios e problemas.

O problema não reside na existência das máquinas em si, mas como seus usos têm sido direcionados em benefício de uma minoria privilegiada, em detrimento de uma maioria, não só cada vez mais alienada dos avanços da tecnologia e da ciência, mas cada vez mais excluída do processo produtivo e do acesso aos bens de consumo, que têm conduzido a uma transformação dos seus modos de vida individuais e coletivos, progressivamente no sentido de uma maior deterioração. O desemprego, a precarização, a exclusão e a alienação no trabalho, cada vez mais tomando-se o destino da grande maioria,

não devem ser percebidos como algo impossível de ser evitado, como o preço a pagar pelo conforto de uma pequena minoria que se considera e é aceita como a merecedora inquestionável de tais privilégios.

Portanto, os usos dados às novas tecnologias e conhecimentos da ciência conferem-lhes um caráter anti-social, porque, além de provocar estas desigualdades de tratamento a um número sempre crescente de indivíduos, apresenta, em associação a estas, sua face mais nefasta: o caráter irracional e antiecológico do consumismo desenfreado, promovido para sustentar as atividades produtivas que visam, essencialmente, a acumulação de capital e o lucro (Cattani, 1996).

Pelbart (1996) nos ajuda a compreender que Guattari lança mão da idéia de máquina, em substituição à noção de estrutura (infra-estrutura, superestrutura); trata-se do maquínico contrapondo-se ao mecânico², não só por ser processual, produtivo, produtor de singularidades, mas por ser temporal, portanto, opondo-se à idéia de estrutura, de intercambialidade, de homologia, de equilíbrio, de reversibilidade, de a-historicidade. Essa concepção maquínica “consiste em estender a idéia de produção, essencial na máquina, para todos os níveis, inclusive do desejo, do inconsciente, da existência como um todo, mas, por outro lado, também amplia a noção de produção”.

Tal noção de produção não se restringe ao ato de produzir coisas materiais e imateriais no interior de um campo de possíveis; é produção de

² Guattari faz a distinção entre mecânica e máquina. A mecânica só mantém relações perfeitamente codificadas com o exterior, sendo relativamente fechada sobre si mesma. Já as máquinas são consideradas em suas evoluções históricas, engendrando-se umas às outras, selecionam-se, eliminam-se; nunca funcionam isoladamente, mas por agregação ou agenciamento; não se resumem às máquinas técnicas, mas a seus diferentes tipos: máquina social, máquina de formação, máquina de pesquisa, máquina comercial, etc. (Guattari, 1988).

novos possíveis para, desse modo, atingir a idéia de autopoiese: algo que se desdobra, ganha consistência, autonomia, um movimento próprio e forma um universo a partir de seus componentes, existencializando-se e, até no limite, compondo uma subjetividade própria (*op. cit.*, p. 44-45). Esta idéia parece constituir o centro de uma nova perspectiva para a experiência de autonomia e autogestão, quer se refira ao indivíduo sujeito, quer se refira a um grupo sujeito.

Segundo Deleuze (1996, p. 216), reportando-se aos escritos de Foucault, a cada tipo de sociedade corresponde um tipo de máquina: “as máquinas simples ou dinâmicas para as sociedades de soberania, as máquinas energéticas para as de disciplina, as cibernéticas e os computadores para as sociedades de controle”³. Esse aspecto reforça a afirmativa de Guattari (1990), quando observa que não são apenas as atuais máquinas informacionais e comunicativas que permitem que se possa falar em produção maquínica de subjetividade. Isto porque diferentes dispositivos maquínicos de modelização das formas de existência já engendraram tanto as subjetividades arcaicas como as subjetividades pré-capitalistas.

Entre esses diferentes dispositivos maquínicos, destacam-se as “diversas máquinas iniciáticas, sociais, retóricas, embutidas nas instituições clínicas, religiosas, militares, corporativistas, etc.”, reagrupadas sob a denominação geral de “equipamentos coletivos de subjetivação” (Guattari,

³ As sociedades de controle partem de pressupostos diferentes da Antigüidade, Idade Média ou Modernidade. Decretam a crise e o caráter descartável dos aparelhos de normalização, entre eles a escola, a fábrica, o hospital e a prisão. Procedem por um tipo de controle que substitui as antigas disciplinas que demarcavam um sistema fechado, cuja principal característica era a de que concentrava, repartia no espaço, ordenava no tempo e fixava os corpos a um aparelho de normalização e controle. Este novo tipo de controle constitui-se naquilo que Deleuze denomina de um poder de modulação contínua, em que os moldes nunca chegam totalmente a se constituir, transformando-se contínua e rapidamente em outros moldes, impedindo a identificação dos modelos de moldagem e que conduz a uma necessidade de formação permanente (Neves, 1997).

1993c, p. 178), cuja função “praticamente teleguia, codifica as condutas, os comportamentos, as atitudes, os sistemas de valor, etc. “ (Guattari e Rolnik, 1993, p. 128).

Guattari (1993b) considera que os grandes movimentos de subjetivação não vão necessariamente num sentido emancipador. O próprio cristianismo constituiu-se num grande movimento de subjetivação, no qual os cristãos inventaram, em relação às sociedades pré-cristãs, uma nova fórmula de subjetivação que recentrou

não somente o conjunto dos Territórios existenciais sociais, mas também todos os Agenciamentos corporais, mentais, familiares, sob o único Território existencial da encarnação e da crucificação crística. Esse golpe de força inédito de assujeitamento subjetivo ultrapassa evidentemente o quadro teológico! A nova subjetividade da culpabilidade, da contrição, da marcação do corpo e da sexualidade, da mediação redentora, é também uma peça essencial dos novos dispositivos sociais, das novas máquinas de sujeição [a que esta nova fórmula de subjetivação deu origem] (*op. cit.*, p. 91-92).

Um outro exemplo bastante atual e pertinente à sua afirmação é o da imensa revolução subjetiva que há anos está se processando com os povos islâmicos, fundamentalmente apoiada em arcaísmos religiosos e atitudes sociais globalmente conservadoras, especialmente em relação à condição da mulher (Guattari, 1993b).

Por sua vez, há um modo de subjetivação presente, desde o século XVIII, no qual o indivíduo ganha força como dominância de expressão da subjetividade. Diversas linhas compõem este modo de subjetivação: o liberalismo político ascendente; o romantismo, com a valorização das expressões individuais; o êxodo rural e a instauração de uma nova utilização do corpo nas relações de trabalho; as mudanças nas relações entre o domínio público e o privado; a criação de novos equipamentos sociais difusores de

ideais da burguesia ascendente. Esse modo de subjetivação passa a apresentar-se em diferentes práticas sociais, produzindo objetos e sujeitos conformes às suas determinantes (Barros, 1996a).

Do mesmo modo que diferentes fórmulas de subjetivação foram inventadas pelos cristãos, pela cavalaria cortês, pelo romantismo ou pelo bolchevismo, “as diferentes seitas freudianas segregaram uma nova maneira de ressentir, de viver e de produzir a histeria, a neurose infantil, a psicose, a conflitualidade familiar, a leitura dos mitos, etc.” (Guattari, 1990, p. 8). Nestas últimas, o inconsciente freudiano, ao evoluir ao longo da história, passou a centralizar-se na análise do eu, na adaptação do indivíduo à sociedade ou na sua conformidade a uma ordem significativa, em suas versões estruturalistas. O caráter privado, personológico, familista, edipiano do inconsciente freudiano exerceu e ainda vem exercendo uma importante influência na constituição do *socius*, pois esta formulação dá sustentação a todo o sistema de culpabilização, de interiorização das normas que permitem que as sociedades funcionem (Guattari, 1987a).

Guattari (1990;1993c), reportando-se às suas atividades profissionais como psicanalista e a seus engajamentos político e cultural, enfatiza cada vez mais a subjetividade como sendo produto de instâncias individuais, coletivas e institucionais. Assim, entende que o indivíduo se encontra perante uma multiplicidade de componentes de subjetividade para melhor adaptá-lo ao saber e aos valores da sociedade dominante.

Alguns desses componentes são inconscientes, outros são mais do domínio do corpo, outros mais são do domínio dos grupos primários⁴ e outros, ainda, são da produção de poder. Portanto, em decorrência dessa forma de ser produzida e devido à existência de componentes de heterogeneidade que concorrem para sua produção, considera a subjetividade como algo plural. Ou seja, as transformações maquínicas da subjetividade impõem a obrigatoriedade de ser levada em conta a existência de sua heterogênese.

Dessa forma, propõe uma definição provisória, porém mais englobante de subjetividade, considerando-a como:

o conjunto das condições que tornam possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como *Território existencial* auto-referencial, na adjacência ou na relação de delimitação com uma alteridade em si mesma subjetiva (Guattari, 1990, p. 7).

Segundo Guattari (1987a, p. 149), “não se pode considerar a subjetividade humana como algo indiferenciado e vazio que seria preenchido e animado pelo exterior”. Deve-se admitir que, de uma maneira mais geral, cada grupo social, cada indivíduo, veicula um sistema de modelização da subjetividade próprio. Em outras palavras, isso quer dizer que o indivíduo (ou o grupo) já contém, em si, “uma certa cartografia feita de demarcações cognitivas, mas também míticas, rituais, sintomatológicas, a partir da qual ele se posiciona em relação aos seus afetos, suas angústias e tenta gerir suas inibições e suas pulsões” (Guattari, 1993b, p. 21). Em consonância a tal assertiva, Rolnik (1997, p. 17) afirma que “não há subjetividade sem uma

⁴ Guattari, amplia a noção de grupo primário proveniente da sociologia americana; à noção de grupos não-institucionais que fazem a opinião, incorpora componentes afetivos e de confecção da existência estética (Guattari e Rolnik, 1993).

cartografia cultural que lhe sirva de guia; e, reciprocamente, não há cultura sem um certo modo de subjetivação que funcione segundo seu perfil”.

Nas sociedades arcaicas, a função primordial dos ritos iniciáticos era uma modelização das posições subjetivas de cada indivíduo no interior de sua sexualidade, de sua etnia, de sua idade, de sua função. Antes da iniciação, ou seja, a condição para poder desempenhar papéis específicos pertinentes ao campo social adulto, a criança era praticamente refratária às proibições do grupo, não necessitando respeitá-las rigorosamente.

Somente a partir da iniciação e entrada no mundo adulto é que ela era promovida a membro do clã, uma pessoa por inteiro, devendo, em consequência disso, submeter-se às normas do grupo, porém, usufruindo do prestígio e das vantagens materiais próprias de cada etapa de sua promoção. Por meio de diferentes sistemas de representação e de práticas multirreferenciadas, que Guattari denomina de agenciamentos territorializados de enunciação, fazia-se possível a cristalização de segmentos complementares de subjetividade, a extração de uma alteridade social pela conjugação da filiação e da aliança, a indução a uma ontogênese pessoal pelo jogo das faixas etárias e das iniciações.

Desse modo, cada indivíduo encontrava-se envolto por várias identidades transversais e coletivas, ou seja, no entrecruzamento de inúmeros vetores de subjetivação parcial. Em tais condições, a organização do psiquismo de um indivíduo não se dava por meio de faculdades interiorizadas. Seu psiquismo era direcionado à uma gama de registros expressivos e práticos, diretamente conectados à vida social e ao mundo externo. Assim, para Guattari (1993b, p. 127),

uma tamanha interpenetração entre o socius, as atividades materiais e os modos de semiotização deixava pouco lugar para uma divisão e uma especialização do trabalho - ficando, aliás, a própria noção de 'trabalho' um tanto vaga.

Nas sociedades industriais desenvolvidas, parece ter desaparecido toda essa organização por faixas etárias. O processo de iniciação não se circunscreve mais a um período preciso, inexistente um cerimonial particular e o seu começo tem se dado numa fase cada vez mais precoce da infância, em tempo integral, mobilizando todo o meio familiar e educacional⁵.

Tudo isso porque não é mais possível formar um trabalhador que atenda às múltiplas exigências do modo de produção capitalista, sem este tipo de preparação que é feita pela família e, até mesmo, pela creche, muito antes do próprio ingresso na escola primária; e eu acrescentaria, ainda, cada vez mais distante de sua conclusão, uma vez que as contínuas, progressivas e intermináveis transformações que o capitalismo demanda, exigem um processo de contínua, acelerada e permanente formação.

Para servir de respaldo a essa asserção, apresento a previsão de Deleuze (1996, p. 216), que a meu ver já se encontra em processo, de que

a educação será cada vez menos um meio fechado, distinto do meio profissional - outro meio fechado -, mas que os dois desaparecerão em favor de uma terrível formação permanente, de um controle

⁵ Guattari (1987a, p. 53) nos alerta que, com o advento da televisão, esta passou a desempenhar muitas das tarefas que competiam às mães, às famílias e aos professores. A educação televisiva, ocupando o lugar de um certo tipo de relações que se estabeleciam antigamente no quadro das semiologias da fala, de um certo tipo de conversa, de leitura, etc., "modela o imaginário, injeta personagens, cenários, fantasmas, atitudes, ideais; ela impõe toda uma micropolítica das relações entre os homens e as mulheres, os adultos e as crianças, as raças, etc." Sendo assim, "toda a linguagem que nela é produzida está a serviço de um certo tipo de formação, de iniciação às diferentes engrenagens da produção e do campo social".

contínuo se exercendo sobre o operário-aluno ou executivo-universitário⁶.

Segundo Guattari, com a ascensão dos sistemas capitalistas, alguns modos de referência subjetiva ou formas de produção de subjetividade foram literalmente varridos do planeta. Para contemplar a emergência de um novo tipo de força coletiva de trabalho, houve a delimitação de um novo tipo de individuação da subjetividade.

Para tanto, novas coordenadas de produção de subjetividade foram inventadas, ou seja, às variações na metodologia de modelização corresponderam mudanças gerais na produção da subjetividade, nas quais, a própria perspectiva de individuação confronta diversos processos de integração e normalização. Nesses processos, as reduções familistas procedem de uma micropolítica particular relativa ao inconsciente - a mesma micropolítica que preside a uma certa organização capitalística⁷ da sociedade - e, desse modo, correspondem a um certo tipo de agenciamento coletivo de enunciação.

⁶ Segundo Harvey, apud Neves (1997), tornou-se evidente, durante os anos sessenta, e consolidou-se, na década de setenta, a dinâmica da sociedade do descartável, da dispersão, da volatilidade e do controle contínuo: seu significado não se resume apenas a jogar fora os bens produzidos e os problemas decorrentes do que deva ser feito com o lixo que resulta, mas estende-se à sua capacidade de descartar e substituir contínua e constantemente valores, estilos de vida, relacionamentos estáveis, apegos às coisas, dentre muitos outros, forçando as pessoas, por meio desses mecanismos, a lidar com a descartabilidade, com as perspectivas da obsolescência instantânea. Há a exigência de uma formação calcada em modelos dispersos e mutantes, orientada para uma qualificação cada vez maior para determinados tipos de trabalho e um número cada vez menor de trabalhadores inseridos na produção.

⁷ Guattari acrescenta o sufixo "ístico(a)" ao termo capitalista porque julga necessária a criação de um termo que sirva para designar não somente as sociedades qualificadas como capitalistas, mas, também, setores do terceiro mundo ou do capitalismo periférico, assim como as economias classificadas como socialistas. Estas sociedades não se diferenciam em nada, no tocante ao modo de produção da subjetividade, pois funcionam de acordo com uma mesma cartografia do desejo no campo social, numa mesma economia libidinal-política (Guattari e Rolnik, 1993).

Segundo Guattari (1987a, p. 171), as variações na metodologia de modelização, em atenção à lógica capitalista são devidas ao fato de que

um inconsciente maquínico muito diversificado, muito criativo, seria contrário à boa manutenção das relações de produção baseadas na exploração e na segregação social. É por isso que todas as técnicas de recentralização do inconsciente no sujeito individuado e em objetos parciais reificados impedem a sua plena expansão no mundo das realidades presentes e de transformações possíveis e têm, atualmente, uma posição privilegiada dentro da gigantesca indústria da normalização, de adaptação e de esquadrinhamento do *socius*, na qual se apóiam as sociedades capitalísticas.

A destruição sistemática da multiplicidade das semióticas primitivas foi-se constituindo numa exigência da semiótica capitalista⁸. Katz (1996) afirma que aquilo que tanto a vida social em geral, e a do ocidente em particular, quanto as grandes teorias tentam impor à criança é sua destinação à inscrição social normativa, ou seja, tomá-la um pré-adulto. Isto equivale a dizer que,

geralmente, nenhuma polivocidade, nenhum traço de rizoma⁹ podem ser suportados: uma criança que corre, que brinca, que dança, que desenha não pode concentrar sua atenção na linguagem e na escrita, ela tampouco será um bom sujeito (Deleuze e Guattari, 1996, p. 48).

Para o sistema capitalista é essencial esta homogeneização das competências semióticas conferida pela aprendizagem, não só de uma língua materna, mas do aprendizado dos códigos de circulação na rua, o desenvolvimento de um certo tipo de relações complexas com as máquinas,

⁸ Com os novos modos de produção e a globalização, com a instauração do capitalismo mundial integrado, há a tendência cada vez maior para uma inexorável “destruição das antigas estruturas territorializadas dos agenciamentos inconscientes” (Guattari, 1987a, p. 171).

⁹ O termo “rizoma” foi tomado de empréstimo à botânica por Deleuze e Guattari. É definido como “sistemas de caules subterrâneos de plantas flexíveis que dão brotos e raízes adventícias em sua parte inferior”. Guattari e Deleuze utilizam-se deste termo em oposição aos diagramas arborescentes que procedem “por hierarquias sucessivas, a partir de um ponto central em relação ao qual remonta cada elemento local”. Por sua vez, “os sistemas em rizoma ou em treliça, ao contrário, podem derivar infinitamente, estabelecer conexões transversais sem que se possa centrá-los ou cercá-los” (Guattari e Rolnik, 1993, p.322).

com a eletricidade, entre outros, e esta diversidade de códigos deve integrar-se aos códigos sociais de poder¹⁰. Não se trata apenas de operações concretas de aprendizagem. Trata-se, isso sim, da aquisição de esquemas abstratos, de esquemas relacionais, de toda uma iniciação à axiomática do capital.

A formação de um trabalhador implica, portanto, uma integração máxima nos processos de semiotização escriturais. Por sua vez, a “escrita” do capital implica que o desejo do indivíduo, em seus diferentes desempenhos semióticos, deva ser capaz de adaptar-se, “de se ‘traduzibilizar’ agenciando-se a partir de qualquer ponto do sistema sócio-econômico” (Guattari, 1987a, p. 52). Em outras palavras, “sobrecodificar os agenciamentos para submeter o desejo às cadeias significantes e os enunciados às instâncias subjetivas que os adaptem às exigências de uma Ordem estabelecida” (Deleuze e Parnet, 1997, p. 101).

Assim sendo, esta forma de ingresso de uma pessoa, ainda criança, no mundo adulto, independentemente de sua idade e de seu sexo¹¹, é, em síntese, “uma iniciação ao sistema de representação e aos valores do capitalismo”. Estes valores têm por função modelá-la, o mais precocemente possível, “aos códigos perceptivos, aos códigos de linguagem, aos modos de relações interpessoais, à autoridade, à hierarquia, a toda a tecnologia capitalista das relações sociais dominantes” (Guattari, 1987a, p. 51).

¹⁰ Nos dias atuais, já não basta ser alfabetizado para dominar a leitura, a escrita e as operações matemáticas mais elementares e fundamentais. Para garantir a possibilidade de ter acesso a um emprego, são impostos cada vez mais um maior número de exigências, e como pré-requisitos, determinadas competências semióticas, o domínio da informática, de uma língua estrangeira, etc.

¹¹ Guattari apresenta que, até há pouco tempo, o primado da escrita ou da leitura, principalmente da leitura de um romance, era proibido não só às moças da aristocracia ou da burguesia, mas às crianças das classes pobres. Até aquele momento, “as moças [ainda] não eram destinadas a participar, da mesma forma que os homens, das semióticas escriturais enquanto componente essencial da integração a um modo de produção dominante” (Guattari, 1987a, p. 51).

A principal justificativa para essa enorme exigência em relação a qualquer pessoa é que ela deva estar em condições de, o mais cedo possível, decodificar os diferentes códigos do poder. Para tanto, deve formar-se, o quanto antes, para dispor, desse modo, de “uma certa *tradutibilidade do conjunto dos sistemas semióticos* introduzidos pelas sociedades industriais” (*op. cit.*, p. 52). É na infância, desde sua entrada no mundo das línguas dominantes, que se instaura a máquina de produção da subjetividade capitalística com seus modelos imaginários e técnicos, nos quais qualquer pessoa, ainda criança, deve inserir-se (Guattari e Rolnik, 1993) e que, complementarmente, deve manter-se.

Para este adiestramento precoce, desde a infância, entendido como educação, houve a implicação de uma mudança metodológica: a realização de um trabalho dotado de uma certa suavidade, porém em muito maior profundidade, recorrendo, cada vez mais, às técnicas de impregnação audiovisuais e, cada vez menos, aos sistemas coercitivos materiais (castigos, palmatória). Segundo Guattari (1987a, p. 171),

a divisão social do trabalho, a designação dos indivíduos a seus postos de produção não dependem unicamente dos meios de coerção ou do sistema de remuneração monetária, mas, também e talvez, de modo mais fundamental, das técnicas de modelização dos agenciamentos inconscientes operados pelos equipamentos sociais, pelos meios de comunicação, pelos métodos psicológicos de adaptação de todos os tipos.

Desse modo, tanto a educação como o trabalho não mais se apóiam na violência ou na força, mas apóiam-se em mecanismos, ao mesmo tempo seletivos, excludentes e condicionantes, que se conjugam “num poderoso sistema de dominação elitista” (Cattani, 1996, p. 144).¹

A redução da utilização de tais sistemas coercitivos materiais, parece ter por objetivo implícito o exercício do controle das pessoas com laços quase invisíveis, contudo mantendo-as suficientemente engajadas ao modo de produção capitalista. Para trabalharem na confecção desses laços, que constituem a textura das relações de produção, parece existir toda uma série de dispositivos sociais: os equipamentos coletivos de subjetivação, entre eles, a própria família e a escola, modelando e adaptando as pessoas, desde as fases mais iniciais da infância, às relações de poder dominante. Sendo assim,

o que é trabalhado pelas forças produtivas não são apenas fluxos de matéria-prima, fluxos de eletricidade, fluxos de trabalho humano, mas também fluxos de saber, fluxos semióticos reproduzindo atitudes coletivas, comportamentos de submissão às hierarquias, etc. (Guattari, 1987a, p. 65). (...) A enunciação individuada é prisioneira das significações dominantes. Só um grupo sujeito pode trabalhar os fluxos semióticos, quebrar as significações, abrir a linguagem para outros desejos e forjar outras realidades!" (*op. cit.*, p. 179).

Portanto, a função generalizada de tais equipamentos consiste, fundamentalmente, na estratificação de papéis, na hierarquização da sociedade, na codificação dos destinos, procurando fazer com que as pessoas entrem nos quadros preestabelecidos, para adaptá-las a finalidades pretensamente universais e eternas. Compartilho dessa visão guattariana de que a estratégia de redução do uso de métodos coercitivos materiais, muito mais do que suavização da repressão, tomando-a quase totalmente imperceptível, pode simplesmente corresponder a uma mera e sutil adaptação para que a mesma possa ser muito mais facilmente assimilada. Por assim dizer, na cultura de massa,

simplesmente trocou-se a roupa da velha crueldade da iniciação que [na sociedade capitalista] consiste em extirpar da criança, o mais cedo possível, sua capacidade específica de expressão e em

adaptá-la, o mais cedo possível, aos valores, significações e comportamentos dominantes (*op. cit.*, p. 53).

Múltiplos fatores regem os comportamentos apresentados, tanto individuais como coletivos. Alguns desses fatores são, ou pelo menos parecem ser, de ordem racional como, por exemplo, aqueles que se podem tratar em termos de relações de forças ou de relações econômicas. Por sua vez, outros fatores parecem, contrariamente, depender principalmente de motivações passionais. Assim, toma-se difícil decifrar suas finalidades e, inclusive, estas podem, muitas vezes, ser responsáveis por levar os indivíduos e os grupos implicados a agirem contrariamente aos seus interesses manifestos.

Reportando-me à enfermagem e a algumas manifestações e aspectos constituintes da subjetividade de seus profissionais, apresento assertivas de Menzies (1970) que aponta a existência de uma forma de colusão que origina um sistema de negação, fragmentação e projeção culturalmente aceitável, desejável e mesmo exigido de um enfermeiro, que conduz à separação de aspectos de si mesmo, de sua personalidade consciente e que são atribuídos a outrem. Os impulsos irresponsáveis, temidos por serem capazes de tornarem-se incontroláveis, são atribuídos, geralmente, aos seus subordinados; atitudes demasiado severas em relação a esses impulsos e seu opressivo senso de responsabilidade são atribuídos a seus superiores.

Em outras palavras, a parte irresponsável é identificada nos subordinados, exigindo que, de antemão, sejam tratados com a severidade que merecem para punir e corrigir os desajustes; a rígida atitude disciplinar é identificada nos superiores. Desse modo, os enfermeiros apresentam uma tendência a perceberem-se e a sentirem-se extremamente dependentes de

seus superiores ou daqueles sobre quem projetam, psicologicamente, algumas de suas próprias partes melhores e mais competentes, permitindo-se permanecer à espera de que estes se responsabilizem pelas tomadas de decisão ou, pelo menos, demonstrem terem percebido e valorizado, quando estas foram tomadas. Segundo Guattari (1987a, p. 165),

esses comportamentos dependem de uma lógica diferente, que deve ser estruturada como tal. Em vez de abandoná-los à sua irracionalidade aparente, vamos então tratá-los como uma espécie de matéria-prima, como uma espécie de material de que se podem extrair elementos essenciais à vida da humanidade, especialmente à sua vida de desejo e às suas potencialidades criativas.

Como se pode inferir, pela lógica da produção da subjetividade no modelo capitalista de formação, não se trata apenas de se estar semioticamente equipado para ir à fábrica ou ao escritório - e, no caso da enfermagem, ir ao hospital (ou outro local onde possa exercer o seu fazer) - para chegar lá, permanecer durante algum tempo e realizar determinado tipo de trabalho. Moldando o ego, há toda uma série de representações inconscientes introjetadas que, desse modo, equipam o inconsciente, assegurando sua possível cumplicidade com as formações repressivas dominantes: "os trabalhadores estão se 'trabalhando', enquanto trabalham na produção de bens de consumo. (...) todos participam da produção de controle e de repressão" (*op. cit.*, p. 203).

Portanto, como se pode perceber, o modo de produção capitalista não fabrica apenas bens comercializáveis ou serviços, mas instituições e mecanismos infra-individuais (sistemas de percepção, de comportamento, de representação imaginária, de submissão às hierarquias e aos valores

dominantes). No dizer de Guattari (1987b, p. 107-108), justamente aí é que reside

a importância que adquirem hoje os equipamentos coletivos, os equipamentos sociais; os equipamentos de saúde, de educação, de lazer, etc., que são as verdadeiras fábricas onde se fabrica a força coletiva de trabalho e o *socius* em sua totalidade. Daí, a desmesurada importância dos meios massivos, que não só são instrumentos de comunicação, senão, também, de modelização dos indivíduos. Daí, a importância dos meios de transporte modernos, que não servem unicamente para conduzir as pessoas a seus lugares de trabalho, senão para transformar as territorialidades arcaicas, para segmentarizar o espaço geopolítico, para autorizar os movimentos de tal categoria de população e proibir tal outra.

Com base no exposto, pode-se concluir que, ao dispor de uma certa tradutibilidade do conjunto dos sistemas semióticos de poder e por ter internalizado e incorporado na sua forma de ser e agir, “tanto imensos materiais coercitivos quanto microscópicos meios de disciplinarização dos pensamentos e dos afetos, de militarização das relações humanas” (Guattari, 1987a, p. 138), cada indivíduo está apto, desse modo, a assumir e a exercer, independentemente dos dispositivos centrais, os mecanismos de controle, de repressão, de modelização da ordem dominante: “em breve, cada um será para si mesmo sua própria miniferramenta repressiva, sua própria escola, seu próprio exército. O superego por toda parte (*op. cit.*, p. 132).

A partir da forma de como é pensado e conduzido o processo educativo, de formação e de produção da subjetividade, Guattari sugere que, visto pelo viés da ótica capitalista, “uma espécie de lei de retroação poderia ser tirada: quanto mais precoce for a iniciação, mais intenso e duradouro será o *imprinting* do controle social”. Por sua vez, o insucesso da “impregnação aos modelos imaginários, perceptivos, sociais, culturais, etc.”, em fases precoces da vida, serve de indicador da existência de enormes dificuldades de modelização do

indivíduo às tarefas que lhe seriam futuramente confiadas para atender às exigências e necessidades dos sistemas altamente diferenciados da produção (*op. cit.*, p. 53).

Isso reforça a idéia de que a criança não vive fechada num mundo circunscrito à sua família. Mesmo que assim o fosse, a família não é impermeável às forças circundantes e às influências do campo social. Interferindo nos níveis mais íntimos da vida subjetiva, encontram-se os equipamentos coletivos, principalmente os meios de comunicação e a publicidade.

4.1 - FAMÍLIA, CULTURA E SUBJETIVIDADE: IMPREGNAÇÃO IDEOLÓGICA E MERCANTILIZAÇÃO

Nos primórdios do capitalismo industrial, a família exercia um papel fundamental nos processos produtivos da sociedade. Todo o sistema de produção baseava-se na família como unidade econômica, na qual, tanto o consumidor como o produtor eram virtualmente idênticos, uma vez que todas as suas necessidades eram supridas, praticamente, por seus membros. O capitalismo e sua lógica¹² ainda não haviam impregnado a vida diária familiar e comunitária, muito embora já estivessem minando este mesmo papel.

A progressiva destruição desse papel desempenhado pela família permitiu a penetração da lógica capitalista na vida diária, recebendo a totalidade

¹² Leopardi (1994) considera que esta lógica do sistema, basicamente ambivalente, só se mantém pela produção da riqueza ao lado da produção da pobreza, de situações de satisfação e insatisfação, pela criação de necessidades e privação de possibilidades, tudo isso ao mesmo tempo.

do indivíduo¹³, da família e das necessidades sociais, subordinando-os ao mercado e remodelando-os para servirem às exigências, determinações e necessidades do capital. A conquista dos processos de trabalho e a apropriação das funções que eram, anteriormente, de competência exclusiva da família e realizados no ambiente doméstico, dão energia nova ao capital, em decorrência do crescente volume de suas operações e tamanho da força de trabalho sujeita à exploração.

Isto é, “com a industrialização da fazenda e das tarefas domésticas, veio a sujeição desses novos trabalhadores a todas as condições do modo capitalista de produção, a principal das quais é que eles agora pagam tributo ao capital e servem assim para ampliá-lo” (Braverman, 1987, p. 234). Com o desaparecimento dos meios tradicionais de sobrevivência, há a criação de uma classe trabalhadora dependente, sem posses, e um mercado para o trabalho não especializado, principalmente, nos países ditos do Terceiro Mundo.

Cabe ressaltar que, no modo de produção capitalista, o fato da família não mais representar a unidade de produção provocou a ruptura entre o mundo do trabalho e a vida privada, em família. Com o rompimento do elo entre produtor e produto, entre família e trabalho, o objetivo da atividade produtiva, tornando-se externo a ela mesma, deslocou-se para a esfera do consumo. O trabalho, ao deixar de ser valorizado como um fim em si mesmo, como fonte de expressão e realização de potencialidades humanas, passa a ser percebido, no mais das vezes, como um instrumento que oportuniza o acesso a determinados

¹³ Este indivíduo que, segundo Leopardi (1994, p. 179), por se auto-denominar como trabalhador, perde sua completude e identidade, passando a representar-se como “aquele que trabalha”, ao invés, de ser “aquele que vive”.

bens de consumo e a realização de um projeto de vida familiar. Segundo Colbari (1996, p. 209),

a família é o núcleo básico de motivação para a inserção no mundo da produção, mas o trabalho é a peça principal da existência humana; é, inclusive, a condição para a vida familiar. Se o trabalho não esgota seu sentido em si mesmo, ele é condição para a vida social do ponto de vista material e moral.

A existência humana torna-se funcional, segundo um ritmo e de acordo com uma sucessão cíclica de trabalhar, consumir, sobreviver. Isto acarreta uma desfiguração estética da vida cotidiana, decorrente da corrida contra o relógio, nos ritmos e tempos impostos pelo sistema produtivo, e uma crise de subjetividade¹⁴, em decorrência da fragmentação e descontinuidade nas dimensões objetivas e subjetivas (Leopardi, 1994).

Por outro lado, é o trabalho que proporciona a renda, tornando disponíveis os recursos necessários (mas, nem sempre suficientes) para a aquisição dos meios de subsistência produzidos, agora, pela indústria, desestimulando a realização de trabalhos domésticos para atender às necessidades a que se destinavam anteriormente. A pressão do costume social - estilo, moda, publicidade e processos educacionais - exercida, antes de tudo sobre a nova geração, induz ao menosprezo do que é feito em casa e transforma o fabricado ou comprado fora em motivo de vanglória, gerando a necessidade de uma renda independente para cada membro da família,

¹⁴ Na atualidade, o mundo experiencia um momento de crise das antigas ordens de representação e dos saberes e, mais profundamente, de uma grande complexidade, no que diz respeito às formas de produção de subjetividade. É uma crise que não se atém, apenas, aos países mais pobres e menos desenvolvidos, mas atinge amplas correntes das massas das sociedades ditas mais desenvolvidas. "Trata-se de uma crise dos modos de subjetivação, dos modos de organização e de sociabilidade, das formas de investimento coletivo de formações do inconsciente". Decorre de modos de relação entre, de um lado, os novos dados de produção e de distribuição, as novas revoluções dos meios de comunicação de massa e, de outro lado, as estruturas sociais que se mantiveram cristalizadas em suas formas tradicionais (Guattari e Rolnik, 1993, p. 191).

transformando a sociedade num gigantesco mercado de trabalho e mercadorias, deslocando a fonte de *status* para a capacidade de comprar coisas e não mais para a capacidade de fazê-las.

Por sua vez, antes de ser considerado um empregado, qualquer indivíduo é membro de um grupo social, no caso, membro de uma família, portanto sujeito a processos de socialização e de conformismo aos valores dominantes. Fuganti (1990), referindo-se à existência do que Donzelot denomina de polícia das famílias - na qual o setor social com seus assistentes, conselheiros e filantropos, diretamente articulados e conectados à parafernália constituída pelas maquinarias do Estado, da escola, das creches, da Igreja, da medicina, da instituição jurídica - afirma que ela procura envolver o indivíduo, desde a mais tenra idade, numa rede de produção de um determinado tipo de subjetividade.

Por meio desse envolvimento são introjetados valores, fixados atributos e determinadas funções que objetivam a construção de uma alma submissa e um corpo docilizado a serviço dos interesses em jogo. "De fato, é próprio da sociedade moderna a invenção dos dispositivos os mais sutis com a função de produzirem almas e corpos disciplinados e controláveis (*op. cit.*, p.67).

Desde a creche é colocada a divisão entre um tempo de "trabalho" e um tempo de "recreação". Os semióticos do tempo e do espaço escolares (divisão entre os dias de aula e os dias de férias, os horários de entrada, de saída, do recreio; divisão entre o espaço da classe, o espaço do professor, o espaço de recreação, a rua) e os semióticos da disciplina (a colocação em filas, as anotações, a emulação, as punições) chegam a rebaixar, algumas vezes em definitivo, os semióticos da criança, diante da escola. "Na realidade, a máquina

do ensino obrigatório não tem por fim primordial transmitir informações, conhecimentos, uma 'cultura', mas transformar inteiramente as coordenadas semióticas da criança" (Guattari, 1988, p. 164). Para Deleuze (1996, p. 55), a linguagem não é um meio de informação, mas um sistema de comando, no qual as crianças são assemelhadas a prisioneiros políticos, ou seja,

é improvável que a professora, quando explica uma operação ou ensina a ortografia na escola, esteja transmitindo informações. Ela manda, dá palavras de ordem. E fornece-se sintaxe às crianças assim como se dá ferramentas aos operários, a fim de que produzam enunciados conformes às significações dominantes.

A linguagem, portanto, não foi feita para que se acredite nela, mas para obedecer e fazer obedecer. A informação constitui-se, assim, no "mínimo estritamente necessário para a emissão, transmissão e observação das ordens consideradas como comandos" (Deleuze e Guattari, 1995b, p. 12).

Dessa forma, o conjunto dos modos de semiotização do educando, suas sensações, seus sentimentos, seus impulsos sexuais recebem um formidável golpe de esmaecimento, praticamente extinguindo seus semióticos não-sujeitados às semiologias significantes dos poderes dominantes. A modelização pelo mundo adulto, efetua-se em fases cada vez mais precoces do desenvolvimento infantil, que, ao se prenderem às semióticas dominantes, perdem, de fato e muito cedo, toda e qualquer verdadeira liberdade de expressão. Por assim dizer, "os indivíduos, enquanto indivíduos, são fabricados por este sistema para responder aos imperativos de seu modo de produção" (Guattari, 1987a, p. 22).

Injetar representações na pessoa, como parte do processo de subjetivação - no qual há uma espécie de reciclagem ou de formação permanente para a infantilização, principalmente durante os anos de

escolarização -, tem por objetivo “submeter os indivíduos até o mais íntimo de suas fibras nervosas aos sistemas de produção capitalistas” (Guattari, 1988, p. 164). Em relação ao indivíduo ser infantilizado pela escola, Guattari enfatiza que “as crianças conseguem não o ser por algum tempo, enquanto não sucubem a essa produção de subjetividade. Depois elas se infantilizam” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 26). Para Guattari (1988, p. 158), em condições não-repressivas, seria possível perceber que essas mesmas crianças não parariam de enriquecer sua criatividade semiótica de “antes da escola”¹⁵. Em sincronia com tais idéias, Fuganti (1990, p. 67) afirma que “se a educação fosse uma prática para tornar os espíritos livres, não estaria centrada na obediência, mas no pensamento”. Em complementaridade a essa assertiva, Deleuze (1996, p. 132) afirma que pensar “não é interpretar, mas experienciar e a experimentação é sempre o atual, o nascente, o novo, o que está em vias de se fazer”.

Tudo o que é produzido pela subjetivação capitalística decorre de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber e situar-se no mundo. Desse modo, os elementos culturais familiares e da comunidade a que o indivíduo pertence imprimem marcas importantes nos seus modos de ver, de ser e de agir, alastrando-se para o

¹⁵ É óbvio que, na perspectiva de existência de vida em grupo é necessário o estabelecimento de regras para a convivência. Para que todos saibam onde e como transitar e para que não se caia num espontaneísmo, quem sabe mais autoritário e heterônomo, há a necessidade do estabelecimento de parâmetros, limites muito bem articulados com os espaços interno e externo, com as combinações e consensos provisórios que vão sendo elaborados (Bergamaschi, 1996). Desse modo, para um grupo constituir-se como grupo-sujeito, o processo de construção de sua autonomia implica a necessidade do próprio grupo “gerir, na medida do possível, sua relação com as determinações externas e com sua própria lei interna”, ou seja, não se deixando manipular por todas as determinações externas, nem dominado por sua própria lei interna (Guattari e Rolnik, 1993, p. 319).

espaço laboral (Melo, 1996). Considero que este é um espaço importante na dialética da formação coletiva e individual para além do determinismo puro, embora lento historicamente e reprimido por diversas ordens de preceitos ligados às formações coletivas.

Portanto, não há apenas a intervenção das escolas profissionais ou demais órgãos formadores para fabricar um operário, um enfermeiro ou qualquer outro técnico especializado, mas essa produção de competência no domínio semiótico depende de sua confecção pelo campo social como um todo. “Há tudo o que se passou antes, na escola primária, na vida doméstica - enfim, há toda uma espécie de aprendizado que consiste em ele se deslocar na cidade desde a infância, ver televisão, enfim, estar em todo um ambiente maquínico” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 27).

Por sua vez, o conceito de cultura, para Guattari (*op. cit.*, p. 15), é profundamente reacionário. A cultura constitui, para ele, uma forma de separação de atividades semióticas em esferas às quais os homens são remetidos. “Tais atividades, assim isoladas, são padronizadas, instituídas potencial ou realmente e capitalizadas para o modo de semiotização dominante - ou seja, simplesmente cortadas de suas realidades políticas” e eu completaria, de suas realidades subjetivas e privadas.

Este autor nos apresenta três tipos de cultura: 1) cultura-valor, correspondente a um julgamento de valor que determina quem tem e quem não tem cultura, ou seja, quem pertence a meios cultos e quem pertence a meios incultos; 2) cultura-alma coletiva, sinônimo de civilização, inexistindo o par ter ou não ter cultura, sendo todos possuidores de uma cultura; e 3) cultura-mercadoria, correspondente à cultura de massa, na qual a cultura são todos os

bens: todos os equipamentos, pessoas, referências teóricas e ideológicas relativas a esse funcionamento, “enfim, tudo que contribui para a produção de objetos semióticos (livros, filmes, etc.), difundidos num mercado determinado de circulação monetária ou estatal” (*op. cit.*, p.,17).

Guattari (*op. cit.*, p. 20) considera que, com a ascensão da burguesia e em substituição a outras noções segregativas e antigos sistemas de segregação social da nobreza, parece ter surgido a cultura-valor. A legitimidade do poder burguês é extraída do fato das elites burguesas terem feito certo tipo de trabalho no campo do saber, no campo das artes e assim por diante. Porém, esses três sentidos ou núcleos semânticos, que apareceram sucessivamente no curso da história, continuam a funcionar de forma complementar e ao mesmo tempo. No fundo, existe apenas uma cultura, que permeia todos os campos de expressão semiótica: a cultura capitalística, uma das engrenagens fundamentais do poder. Essa cultura, etnocêntrica e intelectocêntrica (ou logocêntrica), separa os universos semióticos das produções subjetivas. Sob esse ponto de vista, “a cultura não é apenas uma transmissão de informação cultural, uma transmissão de sistemas de modelização, mas é, também, uma maneira de as elites capitalísticas exporem (...) um mercado geral de poder”.

Para Guattari (*op. cit.*, p. 19), “a produção dos meios de comunicação de massa, a produção da subjetividade capitalística, gera uma cultura com vocação universal”, constituindo-se numa dimensão essencial tanto da confecção da força coletiva de trabalho como da força coletiva de controle social. Desse modo, a cultura de massa é um elemento fundamental da produção de subjetividade capitalística e é por meio dessa produção que as elites dominantes, detentoras do poder nas sociedades industriais, buscam

assegurar um controle cada vez mais despótico sobre os sistemas de produção e da vida pessoal¹⁶.

Porém, essa produção de subjetividade não consiste unicamente numa produção de poder para controlar as relações de produção e as relações sociais. “A produção de subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção” (*op. cit.*, p. 28); talvez sendo até mais importante do que qualquer outro tipo de produção. Mais essencial, até mesmo, do que o próprio petróleo e as energias, o que foi tão bem compreendido pelas forças sociais que administram o capitalismo ainda hoje. “A produção da subjetividade pelo CMI¹⁷ é serializada, normalizada, centralizada em torno de uma imagem, de consenso subjetivo, referido e sobrecodificado por uma lei transcendental” (*op. cit.*, p. 40). É necessário fazer saber que, ainda, por mínimo que seja, sobrevive no ser humano seu potencial para a autonomia pessoal e grupal, bastando, para tanto, que sejam buscadas e encontradas maneiras para sua mobilização e seu acionamento. Em relação a esse aspecto, convém destacar a assertiva de Ardoino (1987, p. 26), na qual ele nos alerta que “a conquista da autonomia passa sempre pelo descobrimento da transgressão”.

¹⁶ Em relação a este aspecto, Guattari (1987a, p. 207) afirma que ocorreu uma mudança na natureza da burguesia dos tempos atuais, não estando mais tão comprometida com a defesa da posse dos meios de produção, mas buscando muito mais o controle coletivo e global da rede dos equipamentos capitalísticos para, daí, tirar todos os seus poderes, não só monetários, mas também sociais, libidinais, culturais, etc. É, justamente aí, que a burguesia pretende não se deixar expropriar. Se por um lado, há uma perda de terreno no lado do capitalismo privado, por outro, há o ganho de terreno do lado do capitalismo estatal, dos equipamentos coletivos, dos meios de comunicação de massa, etc. A burguesia, “não só incorpora novas camadas de burocratas de Estado e de aparelhos, de tecnocratas, de supervisores de produção, de professores, mas também, em diferentes graus, consegue contaminar o resto da população”.

¹⁷ Capitalismo Mundial Integrado.

O esquadramento da subjetividade permite sua propagação, não só no nível da produção e do consumo das relações sociais, mas também em todos os meios e em todos os lugares. *“O corpo, o rosto, a maneira de se comportar em cada detalhe dos movimentos de inserção social é sempre algo que tem a ver com o modo de inserção na subjetividade dominante”* (Guattari e Rolnik, 1993, p. 278).

As pessoas, em sua grande maioria, são constrangidas a se tornarem ou a ficarem reduzidas a indivíduos, a meras engrenagens concentradas sobre o valor de seus atos, valor este que responde ao mercado e a seus equivalentes gerais. Resulta daí um grande desafio. Como fazer para que aqueles que se encontram nessa situação mobilizem seu potencial para resistir a tal empobrecimento de suas vidas? Segundo Guattari (1987b, p. 119),

a maior parte dos sistemas totalitários atuais, seja sob suas formas mais fascistas, seja sob suas formas mais liberais em aparência, repousam, de fato, em ficções: são muito mais frágeis do que se crê e só se mantém porque nenhuma força, por pouco consistente que seja, está em condições de enfrentá-los, hoje.

Guattari reforça que a condição primordial para que as sociedades capitalísticas mantenham-se é que elas “sejam calcadas em uma certa axiomática de segregação subjetiva” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 77). Para ele, tanto a burguesia como as burocracias têm-se mantido no exercício do poder, justamente, por apoiarem-se “na segregação dos sexos, das faixas etárias, das raças¹⁸; na codificação das atitudes, na estratificação das castas” (Guattari,

¹⁸ Em relação à raça, Deleuze e Guattari (1997b, p. 50) afirmam que, para a ordem capitalística: “só existe raça inferior, minoritária, não existe raça dominante, uma raça não se define por sua pureza, mas, ao contrário, pela impureza que um sistema de dominação lhe confere. Bastardo e mestiço são os verdadeiros nomes da raça”. As sociedades modernas parecem promover a segmentaridade dual no nível de uma organização suficiente. Portanto, a questão que se apresenta “não é saber se as mulheres ou os de baixo têm um estatuto melhor ou pior, mas de que tipo de organização tal estatuto decorre” (Deleuze e Guattari, 1996, p. 86-87).

1987a, p. 44). “Viver numa sociedade que reforça as segregações, que confere um peso cada vez maior aos currículos que dão acesso a tal ou qual padrão de vida, tem conseqüências nas posições individuais e intersubjetivas” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 252), como tão bem podem ser percebidas, por exemplo, nas diferenças de tratamento, de remuneração, de prestígio, dentre outras, conferidas à medicina, em detrimento das demais profissões da área da saúde e, em especial, da enfermagem.

Desse modo, a cultura, como um sistema de símbolos e significados compartilhados, serve de mecanismo de controle, uma vez que os padrões e valores tradicionais referentes ao trabalho influenciam desempenhos e atitudes. Como se procurou demonstrar, não é só na escala dos grandes conjuntos sociais que as relações de produção capitalista estabelecem-se. É desde o berço que se modela um certo tipo de indivíduo produtor-consumidor (Guattari, 1987a).

Assim,

a família fornece o substrato para a configuração da identidade organizacional que, sob a fachada da solidariedade e da cooperação/cumplicidade dos trabalhadores com os objetivos da empresa, oculta as relações de dominação/submissão e a violência da exploração do trabalho (Colbari, 1996, p. 214).

Tal substrato, que conduz à adesão ao trabalho, como garantia da eficiência produtiva, não diz respeito a apenas um cálculo estritamente econômico, mas a outros valores, cultivados no seio familiar e úteis ao sistema, tais como o amor ao trabalho, a dedicação, a responsabilidade e virtudes afetivas e morais estranhas à lógica do mercado (sentimentos de dignidade, de

honra, de solidariedade, o familismo¹⁹ e o padrão de moralidade), portanto, elementos de uma ética familista e comunitária, que compõem a cultura de certos segmentos sociais que são apropriados pelas ideologias empresariais, com o objetivo de fortalecimento da identificação do trabalhador com as exigências da produção.

Em relação à enfermagem, especificamente, parece que houve e continua havendo, de fato, uma apropriação desses valores pelo capitalismo, fazendo o que sempre faz, ou seja, introduzindo novas formas de subjugação cada vez mais sutis e poderosas pelo uso mercantil desses mesmos valores. Para tanto, este trabalho buscou realizar uma reflexão para evidenciar a possibilidade de viver a liberdade e autonomia, condicionadas não às estruturas, mas ao sentido ético e estético do trabalhador da enfermagem de ser e estar no mundo.

Por sua vez, a assiduidade, a pontualidade, a dedicação ao trabalho e o senso de responsabilidade são virtudes preconizadas pela cultura organizacional que, ao infiltrarem-se no imaginário do trabalhador, compõem “um modelo social positivo de trabalhador” (*op. cit.*, p. 217), estabelecendo um perfil ideal, principalmente daqueles que exercem alguma função de liderança. Em outras palavras, “convêm atribuir a cada um: uma infância, uma posição

¹⁹ Segundo Colbari (1996), o familismo teve o mérito de ter facilitado e despertado o interesse e o gosto pelo trabalho e a vida mais disciplinada, constituindo-se, assim, em peça fundamental para sustentar um esforço moralizador do contingente populacional errante da cidade, transformando-o em operários de fábrica e provedores de família. Seligmann-Silva (1994) apresenta o resultado de alguns trabalhos, nos quais o empregador procura selecionar pessoas que tiveram uma vivência familiar, por considerá-la a “mãe da disciplina”, excluindo e vedando o acesso ao emprego daqueles que constituem ou constituíram o grupo denominado de “meninos de rua”.

sexual, uma relação com o corpo, com o saber, uma representação do amor, da honestidade, da morte, etc.” (Guattari, 1987a, p. 188).

Configura-se, dessa forma, o modo pelo qual tais sentimentos e valores, bem como todo o amplo conjunto de representações imersas no mundo mental dos trabalhadores, são explorados em favor da maximização da produção e da garantia de submissão ao poder patronal; a subjetividade desloca as experiências familiares para o mundo do trabalho e este emana determinações para a vida familiar. Funcionam, grosso modo, como estratégias e instrumentos de dominação que transformam o indivíduo e “criam uma ‘cultura’ na qual os valores e desejos são apagados ou transformados em ferramentas para atingir os objetivos da direção” (Seligmann-Silva, 1994, p. 114).

No dizer de Guattari (1987a), o capital tem necessidade de construir e impor seus próprios modelos de desejo para que sejam interiorizados pelas massas exploradas. Isso é essencial para a sua sobrevivência, favorecendo a construção de toda uma mítica voltada para garantir a submissão e a dedicação dos empregados aos desejos e vontade do empregador, como muito bem pode ser observado, também e em certa medida, no trabalho da enfermagem. Para que essa necessidade essencial do capital seja atendida, “a classe operária é a primeira vítima das técnicas capitalistas de cacetada no desejo” (*op. cit.*, p. 28).

Reportando-se aos estóicos, Fuganti (1990, p. 52) nos traz que a ética “é uma potência ativa que emerge no corpo, para administrar a própria vida de dentro e não um conjunto de proibições e deveres introjetados pelo indivíduo a partir dos modelos e prescrições produzidos por instâncias externas”. Portanto, na medida em que se sabe o que se quer, mas se faz o que não se quer, tal dualidade interior entre o querer e os atos, não só representa a impotência para

o governo dos próprios sentimentos, mas manifesta a ausência de uma postura ética e caracteriza, desse modo, a sujeição em seu grau máximo de exteriorização, ou seja, a servidão.

Assim, pode-se afirmar que, quando pela massificação, há um sistema de regras e preceitos ao qual o indivíduo deve, inquestionavelmente, sujeitar-se, instala-se a alienação mais primordial, ou seja, a alienação ética. Nesta condição, a firmeza de caráter torna-se deslocada pelo padrão social que, contraditoriamente, torna-se permissivo, sempre que isto implicar maior adesão ao ordenamento produtivo (Leopardi, 1994).

A título de ilustração, esta forma de alienação ocorre quando e toda vez que a enfermagem sujeita-se a trabalhar sem as condições materiais, técnicas e humanas suficientes e necessárias para um trabalho qualificado; acatando e fazendo tudo como o solicitado, sem nada exigir, sem nada transformar e a tudo suportar, sem se despir do “mito de super-mãe”, sempre pronta a tudo aceitar e fazer (Kleba, 1996, p. 130), ou seja, sobreimplicando-se.

Barros (1996a, p. 105), apoiando-se na idéia de sobreimplicação de Lourau, como a ideologia normativa do sobre-trabalho, da necessidade de sobreimplicar-se, considera que a ilusão participacionista é um dos componentes da sobreimplicação; “um ativismo que quando analisado parte-se em passividades obturadas em seu potencial criador”.

Em outras palavras, quanto mais produtivo é um corpo, cada vez mais lhe é exigido que produza, garantindo, desse modo, maior quantidade de sobre-trabalho, portanto, podendo ser responsável pelo constante incremento da mais-valia. Na enfermagem, a sobreimplicação manifesta-se, especial e particularmente, quando ocasionada por afastamentos, inadequação do

dimensionamento de pessoal, demissões, ausências, licenças e férias de profissionais. Nestes casos, os profissionais remanescentes, sob a fachada da solidariedade/cumplicidade com os objetivos e, especialmente, a missão da empresa e pela suposta “nobreza” de seus propósitos, procuram suprir tais carências, principalmente motivados pelos valores cultivados pela família e Igreja e reforçados pela escola, mascarando, assim, as relações de dominação/submissão e a violência de sua exploração no trabalho.

A sobreimplicação, portanto, “é a exigência não mais apenas de um corpo docilizado, mas de uma subjetividade serializada, ansiando por mais identificação com as organizações que lhe exigem um suplemento de valor”. Ao reportar-se aos programas de Qualidade Total de qualquer empresa, em grande evidência nos dias atuais, Barros (*op. cit.*, p. 105) considera que a sobreimplicação é um regime que conforma o conjunto dos trabalhadores “como aliado em seu projeto de instalar um ‘nós’ que vem carregado de uma pasteurização que homologa o modo-indivíduo”.

Para essa autora, “os rituais de avaliação constantes, periódicos, vão muito além da ‘recompensa’ por um bom desempenho²⁰, incidem nos processos de constituição/manutenção de subjetividades ressecadas de vigor, vampirizadas em sua capacidade criadora” (*op. cit.*, p. 105). Muito embora e

²⁰ A avaliação de desempenho pode ser utilizada como modo de subjetivação que visa a padronização de comportamentos e condutas por meio do controle externo, atuando, especialmente, sobre a sexualidade, para impedir e inviabilizar qualquer possibilidade da emergência do desejo. Sob a ótica capitalista, Florence Nightingale pode ser vista como uma feminista que sua época pedia: “sua performance encarna a criação de uma personagem - a mulher da ordem, a aristocrata que veio disciplinar a sociedade burguesa; mulher normal, mas solteira e sem filhos (...); mulher que deixa o espaço privado do lar, mas cria uma clausura no espaço público”. Esta última clausura, a do espaço público, refere-se à Escola de Enfermagem Nightingaleana, na qual o comportamento das mulheres era, rigidamente, disciplinado, por meio de um boletim moral, claramente demarcado pelo controle da sexualidade, cuja sublimação encontrou espaço na religião e na fé em Deus, sob a égide da vocação (Sobral et al., 1996, p. 105).

apesar da busca pela homogeneidade de objetivos e ações presentes nas propostas de qualidade total e, nas quais, até as pequenas heterogeneidades já estejam previstas, tais propostas, travestidas de novidade, podem ser percebidas como uma tática de exploração da mais valia, como um mecanismo sutil e potente de instauração de uma sobreimplicação do trabalhador.

4.2 - A SUBJETIVIDADE CAPITALÍSTICA

Sob a ótica guattariana, pode-se concluir que, desse modo, o que há é uma subjetividade ainda mais ampla, a qual Guattari denomina de subjetividade capitalística e na qual considera a cultura de massa²¹ como o elemento fundamental de sua produção. A cultura de massa, sob a ótica guattariana, é uma “poderosa fábrica de subjetividade serializada, produtora de homens (...) reduzidos à condição de suporte de valor - e isso até (e sobretudo) quando ocupamos os lugares mais prestigiados na hierarquia dos valores” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 12).

Os produtos dessa cultura de massa são indivíduos: indivíduos normalizados, articulados uns aos outros, segundo sistemas hierárquicos, sistemas de valores, sistemas de submissão²². Isso implica que não há apenas uma produção de subjetividade individuada, mas a produção de uma

²¹ Guattari considera a imprensa como produtora de cultura de massa. Esta, ao apropriar-se, no dia a dia, de fluxos de singularidades presentes “nos processos da vida social, amassa-os, em sua riqueza e diferenciação e, com isso, produz indivíduos iguais e processos empobrecidos” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 58). Para Guattari, precisamente aí é que reside a superioridade da produção de subjetividade nos países capitalistas: “chegar através da mídia, através de uma série de sistemas muito complexos a fazer esta espécie de recuperação permanente dos microvetores de subjetivação singular” (*op. cit.*, p. 129).

²² Para Guattari, os sistemas de submissão utilizados pelo capitalismo são muito mais dissimulados do que os da etologia animal ou aqueles das sociedades arcaicas ou pré-capitalistas, nas quais tais sistemas de submissão eram muito mais visíveis e explícitos (Guattari e Rolnik, 1993).

subjetividade que pode ser encontrada em todos os níveis da produção e do consumo: uma subjetividade social e inconsciente, que garante à máquina capitalística uma função hegemônica em todos os campos.

Conforme Guattari, “os homens, reduzidos à condição de suporte de valor, assistem, atônitos, ao desmanchamento de seus modos de vida. Passam, então, a se organizar segundo padrões universais, que os serializam e os individualizam” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 38). Portanto, uma das principais características dessa produção de subjetividade nas sociedades capitalísticas seria, precisamente, instaurar processos de individualização e bloquear os processos de singularização.

Guattari opõe à máquina de produção de subjetividade capitalística a idéia da possibilidade de serem desenvolvidos modos de subjetivação singulares ou processos de singularização. Tais processos constituem-se em recusa de todos os modos de encodificação preestabelecidos, de manipulação, de telecomando; implica a possibilidade da existência de modos de sensibilidade, de relação com o outro, de produção, de criatividade que produzem uma subjetividade singular. Porém, esta deve ser uma subjetividade resultante de

uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedades, os tipos de valores que não são os nossos (Guattari e Rolnik, 1993, p. 17).

Entretanto, a função da máquina de produção de subjetividade capitalística é exatamente inversa: “produzir indivíduos deslocáveis ao sabor do mercado e, para isso, precisando interceptar seu acesso aos processos de singularização”, adaptando-os, sempre e cada vez mais, às exigências do

capitalismo globalizado dos dias atuais (*op. cit.*, p. 39). Seu funcionamento depende da captura de mini processos de desejo, uma espécie de recuperação permanente dos microvetores de subjetivação singular, tornada possível pela capacidade de saber lidar com essa problemática, por meio da mídia e através de uma série de sistemas complexos, uma das grandes superioridades da produção de subjetividade nos países capitalistas.

Guattari (1996, p. 29), apesar de considerar que a subjetividade sempre é um processo de singularização, entende que, mesmo assim, este pode perder-se no momento de sua passagem para a ordem do social. Isso porque, quando da emergência de modos de subjetivação singulares, estes vêm-se prontamente recobertos por uma valorização capitalística, sendo, nessa mesma medida, apropriados pelo capital. Em outras palavras, “o reino da equivalência geral, a semiótica reducionista, o mercado capitalístico tendem a achatam o sistema de valorização”. Sendo assim,

a subjetividade capitalística, tal como é engendrada por operadores de qualquer natureza ou tamanho, está manufaturada de modo a premunir a existência contra toda intrusão de acontecimentos suscetíveis de atrapalhar e perturbar a opinião. Para esse tipo de subjetividade, toda singularidade deveria ou ser evitada ou passar pelo crivo de aparelhos e quadros de referência especializados. Assim, a subjetividade capitalística se esforça por gerar um mundo da infância, do amor, da arte, bem como tudo o que é da ordem da angústia, da loucura, da dor, da morte, do sentimento de estar perdido no cosmos... É a partir dos dados existenciais mais pessoais - deveríamos dizer mesmo infrapessoais - que o CMI constitui seus agregados subjetivos maciços, agarrados à raça, à nação²³, ao corpo profissional, à competição esportiva, à virilidade dominadora, à *star* mídia... (Guattari, 1993a, p. 34).

²³ Para Deleuze e Guattari (1997b, p. 157), a nação é a própria operação de uma subjetivação coletiva à qual o Estado moderno corresponde como processo de sujeição. Assim, o Estado torna-se modelo de realização para a axiomática do capital, sob a forma de Estado-nação, com todas as possíveis diversidades. Isto não implica que as nações sejam fenômenos ideológicos. Ao contrário, são formas viventes e passionais, nas quais se realizam a homogeneidade qualitativa e a concorrência quantitativa do capital abstrato.

A articulação de todos os meios de semiotização econômica, comercial, industrial a um trabalho de formação prévia das forças produtivas e das forças de consumo é, dessa forma, condição essencial para que as realidades sociais possam ser controladas, daí o peso cada vez maior da produção de subjetividade capitalística, no seio daquilo que, segundo Guattari, Marx denominava de infra-estrutura produtiva. Assim, “a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. (...) é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 31).

Guattari propõe a associação da subjetividade capitalística “à idéia de uma subjetividade de natureza industrial, maquinica, ou seja, essencialmente fabricada, modelada, recebida, consumida”, uma vez que “no sistema capitalístico, a produção é industrial e se dá em escala internacional” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 25). Projetada na realidade do mundo e na realidade psíquica, a ordem capitalista incide não só nos esquemas de conduta, de ação, de gestos, de pensamento, de sentido, de sentimento, de afeto, etc., mas, também, incide nas montagens da percepção, da memorização, na modelização das instâncias intra-subjetivas (ego, superego, ideal de ego).

Desse modo pode-se dizer que

a ordem capitalista produz os modos de relações humanas até em suas representações inconscientes: o modo como se trabalha, como se é ensinado, como se ama, como se trepa, como se fala, etc. Ela fabrica a relação com a produção, com a natureza, com os fatos, com o movimento, com o corpo, com a alimentação, com o presente, com o passado e com o futuro - em suma, ela fabrica a relação do homem com o mundo e consigo mesmo. Aceitamos tudo isso porque partimos do pressuposto de que esta é a ordem do mundo, ordem que não pode ser tocada sem que se comprometa a própria idéia de vida social organizada (Guattari e Rolnik, 1993, p. 42).

Fromm (1989, p. 9) apresenta que “a história humana começou com um ato de desobediência”, ao reportar-se a Adão e Eva que, ao desobedecerem às determinações divinas, romperam seu vínculo primário com a natureza, tornando-se sujeitos. Prossegue dizendo que “não é improvável que [a história humana] termine por um ato de obediência”, reportando-se ao risco da ocorrência de uma guerra nuclear e a conseqüente destruição da humanidade e do mundo, em decorrência de um comando que, sem o mínimo questionamento, possa vir a ser obedecido. Mesmo assim, apesar de que a evolução da humanidade teve continuidade mediante atos de desobediência, “reis, sacerdotes, senhores feudais, patrões de indústrias e pais têm insistido durante séculos que *a obediência é uma virtude e a desobediência é um vício*”.

Steiner (1989) apresenta que, devido a tal tipo de ideologia que vem dando sustentação à vida social que se nos apresenta em sua forma atual, a obediência à autoridade está profundamente arraigada no comportamento humano, constituindo-se numa programação básica da qual poucos escapam, embora não a percebam. Acrescenta, ainda, que, por sua vez, tanto as leis como a tradição apóiam a opressão e que o desejo de mudança de qualquer situação depende da emergência do desejo de desobedecer. Todavia, esta insubordinação, este ato de desobedecer deve conduzir a uma desobediência suave, proveniente do auto-respeito e do compromisso sólido de ser-se crítico, embora indulgente consigo mesmo e com os outros, não se resignando nem endossando coisas com as quais não se concorda e questionando sempre, até satisfazer-se com as respostas.

Mesmo que essa atividade de incessante questionamento, na maioria das vezes, possa parecer inútil e desorganizadora, principalmente para aqueles

que estão em posição de mando, “entretanto, é somente através dela que podem ser instauradas tomadas de responsabilidade individuais e coletivas, único remédio para a rotina burocrática e para a passividade geradas pelos sistemas hierárquicos tradicionais” (Guattari, 1993b, p. 187).

A partir desta perspectiva de culto à submissão e à obediência, pode-se entender que a ordem capitalística tem como principal finalidade a imposição de uma determinada forma de vida, na qual os indivíduos “vivam unicamente num sistema de troca, uma traduzibilidade geral de todos os valores para além dos quais tudo é feito” e onde a mínima emergência do desejo seja percebida como algo perigoso, associal e culpado (Guattari, 1987a, p. 202).

Para tanto, os representantes das elites, a exemplo dos líderes religiosos, deram-se conta de que o controle das emoções e, especialmente, do desejo das pessoas é o primeiro passo necessário para poder controlá-las, uma vez que as emoções e o desejo “são a fonte de intordireção, dos atos autônomos e do comportamento imprevisível” (Steiner, 1989, p. 170). Porém, parecem desconsiderar que a ênfase excessiva e exclusiva no controle impede a percepção da possibilidade da existência de outras formas de exercício de poder, sem as características opressivas da dominação. Sendo assim, “tudo o que evoca um desejo não sujeito à facialidade dominante é turvo, ameaçador, para uma ordem fundada na preservação dos limites, do status quo, no bloqueio de tudo que poderia se desenvolver fora das normas do sistema” (Guattari, 1988, p. 84).

Desse modo, autonomia, desobediência e, em última análise, liberdade²⁴ dependem da liberação da influência, tanto interna como externa, do estado de ego controlador, que não controla apenas os outros, mas que atua como um representante dos outros dentro de nós e que deseja nos controlar, dizendo-nos o que fazer e o que não fazer. Este estado de ego controlador, ao assim se manifestar, assume o papel do opressor, representando os seus desejos e desconsiderando os nossos interesses²⁵.

Ao levarmos isso em conta, não teremos como deixar de reconhecer que a força do opressor não se encontra apenas nos imperialismos dominantes, mas em nós mesmos e nos nossos próprios aliados, na forma de uma insistente reencarnação dos modelos dominantes presentes em nossas próprias atitudes, nas mais diversas e diferentes ocasiões (Guattari e Rolnik, 1993). Segundo Foucault (1996, p. 199-200), corresponde a formas de um inimigo maior, de um adversário estratégico, de determinados tipos de fascismo;

não somente o fascismo histórico de Hitler e Mussolini - que soube tão bem mobilizar e utilizar o desejo das massas -, mas também o fascismo que está em todos nós, que ronda nossos espíritos e nossas condutas cotidianas, o fascismo que nos faz gostar do poder, desejar essa coisa mesma que nos domina e explora. (...) formas de fascismo, desde aquelas colossais, que nos envolvem e nos esmagam, até as formas miúdas que fazem a amarga tirania de nossas vidas cotidianas.

²⁴ Segundo Fromm (1989, p. 16), “não só a capacidade de desobediência é a condição da liberdade; a liberdade é também a condição da desobediência”. Se temo a liberdade não posso atrever-me a dizer não, não posso ter a coragem de ser desobediente. A liberdade e a capacidade de desobediência são inseparáveis; qualquer sistema social, político e religioso que proclame a liberdade, mas reprima a desobediência, não pode ser sincero. “O ato de desobedecer implica ter a coragem para estar só, errar e pecar” (p. 15).

²⁵ A força desse representante do opressor dentro de nós tem muito a ver com o fato de nos sentirmos poderosos ou sem poder em nossa vida cotidiana. Quando os sentimentos são de impotência, este estado de espírito conduz ao isolamento e a sentimentos de vergonha e inadequação. Quando tais sentimentos se mantêm por um período prolongado, o estado de espírito que originam pode vir a constituir-se numa segunda natureza, sobrevivendo sentimentos de desesperança, incapacidade de promover mudanças e culpa, com base na crença de que nossa situação angustiante resulta de nossas próprias falhas e incapacidades (Steiner, 1989).

Em função das constantes transformações, que ao longo do tempo foram e ainda continuam se processando, tanto das forças produtivas como das relações de produção, os diversos sistemas totalitários desenvolveram e necessitam continuamente desenvolver diferentes fórmulas e modos de captura do desejo das massas oprimidas. Desse modo, parece haver “toda uma química totalitária” trabalhando as estruturas do Estado, as estruturas políticas, sindicais, institucionais e familiares e, até mesmo, as estruturas individuais, “na mesma medida em que se pode falar, como o evocamos antes, numa espécie de fascismo do superego na culpabilização e na neurose” (Guattari, 1987a, p. 181).

Ao mesmo tempo que as máquinas totalitárias capitalistas “captam a energia do desejo dos trabalhadores, esforçam-se para dividi-los, particularizá-los e molecularizá-los”. Assim, sob os auspícios da lógica do dividir para reinar, torna-se muito mais fácil infiltrar-se “em suas fileiras, suas famílias, seus casais, sua infância”, para poderem, desse modo, instalar-se no coração de sua subjetividade e de sua visão de mundo. Uma vez que o capitalismo teme os grandes movimentos de massa, torna-se uma de suas principais características a contínua procura em desenvolver e manter sistemas automáticos de regulação para apoiá-lo constantemente. E este tem sido o papel reservado ao “Estado e aos mecanismos de contratualização entre os ‘parceiros sociais’, aos equipamentos coletivos e aos meios de comunicação de massa” (*op. cit.*, p. 186).

Ao conseguir colocar, diretamente no trabalho, funções perceptivas, afetos e comportamentos inconscientes, o capitalismo apossa-se de uma força de trabalho e de desejo que ultrapassa consideravelmente a das classes

operárias, no sentido sociológico. Apodera-se, assim, dos seres humanos por dentro. Sua alienação pelas imagens e idéias constitui-se apenas num dos aspectos de um sistema geral de servomecanismo maquínico, de seus meios fundamentais de semiotização, tanto individuais como coletivos.

Daí, as emergências ou fugas do desejo serem sistematicamente contidas pelas codificações da família, da escola, da medicina, da Igreja, do esporte e por todas as regulamentações e leis²⁶ que são reputadas para reger o comportamento “normal” do indivíduo. Isto porque “são precisas forças muito poderosas para conseguir vencer as forças do desejo, para as levar à resignação, substituindo em todo o lado o que é essencialmente ativo, agressivo, artístico, produtivo e conquistador no próprio inconsciente” (Deleuze e Guattari, 1966, p. 127).

Porém, o desejo pode ser levado a desejar a sua própria repressão no sujeito que deseja:

é por isso que quando sujeitos, indivíduos ou grupos que manifestamente estão contra os seus interesses de classe, que aderem aos interesses e ideais de uma classe que a sua própria situação objetiva devia levar a combater, não basta dizer: eles foram enganados, as massas foram enganadas. Não é um problema ideológico, de falta de conhecimento e ilusão, mas um problema de desejo, e *o desejo faz parte da infra-estrutura*. Os investimentos pré-conscientes fazem-se ou desviam fazer-se segundo os *interesses* de classes opostas. Mas os investimentos inconscientes fazem-se segundo posições de *desejo* e utilizações de síntese, que são totalmente diferentes dos interesses do sujeito individual ou coletivo que deseja. Eles podem assegurar a submissão geral a uma classe dominante, porque fazem passar cortes e segregações para um campo social investido já não pelos interesses mas pelo desejo (*op. cit.*, p.109).

²⁶ Se “a lei só proíbe o que os homens seriam capazes de fazer pressionados pelos instintos, assim, da proibição legal do incesto, devemos concluir que existe um instinto que nos impele ao incesto”. Em outros termos, “se algo é interdito é porque é desejado (não haveria necessidade nenhuma de proibir o que não se deseja...) É esta confiança na lei, este desconhecimento das astúcias e dos meios que a lei utiliza, que, mais uma vez, nos dá o que pensar” (Deleuze e Guattari, 1966, p. 119).

Segundo Guattari (in Deleuze, 1996, p. 30), “os interesses sempre se encontram e se dispõem, onde o desejo lhes predetermina o lugar”. Se o desejo mesmo não tiver tomado uma posição revolucionária, mobilizando as próprias formas do inconsciente, cujo único modo de percuti-lo, “de fazê-lo sair de sua rotina, é dando ao desejo o meio de se exprimir no campo social” (Guattari, 1987a, p. 66), torna-se improvável a ocorrência de qualquer mudança ou revolução em consonância aos interesses das classes oprimidas. Isso porque “nunca se consegue enganar o desejo. O interesse pode ser enganado, desconhecido ou traído, mas o desejo não” (Deleuze e Guattari, 1966, p. 268).

Apesar do desejo não ser algo associal, mesmo assim, se uma sociedade confunde-se com suas estruturas²⁷, então, sim, o desejo ameaça-a essencialmente. Sendo assim, o desejo é recalcado porque, por mínima que seja, qualquer posição do desejo pode pôr em questão a ordem estabelecida de uma sociedade, fazendo saltar setores sociais inteiros. Sob essa ótica, qualquer máquina desejante é perturbadora, pois o desejo, em sua essência, não quer a revolução, é revolucionário por si mesmo e, como que involuntariamente, só por querer aquilo que quer (*op. cit.*).

Assim, nenhuma sociedade pode suportar uma posição de desejo verdadeiro sem que as suas estruturas de exploração, de sujeição e de hierarquia fiquem comprometidas. “Portanto, é de importância vital para uma

²⁷ Para uma sociedade que se confunde com suas estruturas, a preservação da textura de determinada ordem social é confundida com a *ordem social* como tal. Qualquer possível mudança de textura pode ser vivida como um perigo de violência e caos, como ilustra o essencial do veiculado na fala do Presidente do Senado do Brasil, Senador Antônio Carlos Magalhães, aos órgãos de imprensa, em junho de 1998, após divulgação de pesquisas eleitorais que apontava um empate técnico entre os candidatos, ao referir-se a uma possível vitória de Lula à Presidência da República: ou FHC ou o caos. Concepções conservadoras mostram-se perfeitamente inadequadas para desenvolver processos de emancipação. O caos, ao invés de ser um fator de dissolução absoluta da complexidade, torna-se o portador virtual de uma complexidade infinita (Guattari e Rolnik, 1993).

sociedade reprimir o desejo, e mesmo achar algo de melhor que a repressão, para que até a repressão, a hierarquia, a exploração e a sujeição sejam desejadas” (*op. cit.*, p. 121).

Esse algo é o recalçamento, de caráter inconsciente, que está a serviço da repressão e a faz desejada, deixando de ser consciente. A repressão precisa do recalçamento, exatamente para formar sujeitos obedientes e dóceis e para, desse modo, garantir a reprodução da formação social. Assim, o recalçamento atinge a produção desejante, também objeto da repressão.

Porém, para se conceber um novo mundo, uma nova forma de ser no mundo, é preciso desejar, “mas o que se continua a fazer e a fortificar é precisamente o mesmo: eliminar o elemento maquínico do desejo, as máquinas desejantes” (*op. cit.*, p. 348). Talvez aqui haja elementos para elucidar às indagações de Reich, citadas por Guattari e Deleuze, que não se surpreendia por uns roubarem e outros fazerem greve, mas mostrava-se intrigado com o fato de que os explorados e os esfomeados não se mantinham permanentemente em greve, perguntando: por que há homens que suportam há tanto tempo a exploração, a humilhação, a escravatura, e que chegam ao ponto de as querer não só para os outros, mas também para si próprios? E nesse processo de recalçamento do desejo, a ordem capitalista tem uma grande aliada, pois “a família transformou-se num lugar de retenção e ressonância de todas as determinações sociais” (*op. cit.* p. 281).

Porém, nem só os membros da família transformaram-se em equipamento maquínico de subjetivação capitalística. Professores, profissionais da saúde, religiosos, dentre outros, por meio de suas ações, pretensamente educativas, geralmente, também trabalham a serviço da ordem capitalística, na

maior parte das vezes não tendo consciência da função essencial que desempenham para a conservação e manutenção do *status quo*.

Em relação à influência que os docentes enfermeiros (sujeitos resultantes de uma combinação de professor e profissional da saúde, portador de uma histórica formação profissional ligada à religião, mais especificamente aos valores do cristianismo: abnegação, doação, caridade, obediência, submissão, dentre outros) têm na formação profissional dos futuros enfermeiros, na produção de sua subjetividade, Lunardi (1993, p. 291) afirma que

nós, docentes enfermeiras, temos contribuído de modo eficiente e competente, através de vários instrumentos disciplinares, para a reprodução de enfermeiras disciplinadas, a semelhança de nós próprias, também resultado de eficientes e competentes reproduções de outras profissionais disciplinadas.

Em sua dissertação de mestrado em educação, "Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira" (Lunardi, 1994), destaca a força da disciplinarização dos corpos dos enfermeiros e futuros enfermeiros pela busca da sua normalização, através da contínua presença do castigo/sanção normalizadora articulada a outros instrumentos disciplinares, como o olhar hierárquico, o exame, o controle do tempo, a ênfase na minuciosidade e no perfeccionismo.

Em sua análise, esta autora afirma que esse modo predominante de formação tem favorecido, no processo de construção de sujeitos enfermeiros, a produção de subjetividades produtivas e úteis economicamente, porém frágeis politicamente porque, como seres formados mais para a obediência, para a passividade e docilidade, apresentam dificuldades para resistir, dizer não e contrapor-se; uma obediência e uma produtividade, muitas vezes, invisíveis e

sequer reconhecidas e percebidas porque atingem não só o corpo, mas a alma desses sujeitos, numa pretensa uniformização do seu modo de ser, de sentir, de perceber, de desejar, enfim, de querer ser enfermeiro.

Sob a ótica guattariana, o capitalismo visa, antes de mais nada e acima de tudo, o controle do conjunto da sociedade, por meio do sistema de assalariados. Assim, a exploração capitalista da força de trabalho, mesmo que procure negar, contudo, de forma implícita, “leva a tratar os homens como máquinas, a pagar-lhes como máquinas, de maneira unicamente quantitativista” em que, analogamente à máquina, “uma mais-valia maquínica corresponderia a um sobre-trabalho ‘exigido’ da máquina para além de seu custo de manutenção e reposição” (Guattari, 1987a p. 196-197). Desse modo,

o regime de salariado poderá, portanto, levar a sujeição dos homens a um ponto inaudito e mostrar uma particular crueldade, ele não terá menos razão de soltar seu grito humanista: não, o homem não é uma máquina, nós não o tratamos [nem] como uma máquina, certamente não confundimos o capital variável e o capital constante... (Deleuze e Guattari, 1997b, p. 57).

Por sua vez, a culpabilização pode ser considerada como uma função essencial da subjetividade capitalística, responsável por fazer calar e aceitar a interiorização dos valores preconizados pelo capitalismo. Do mesmo modo, outra função da economia subjetiva capitalística, diretamente vinculada à culpabilização, é a segregação. “Ambas pressupõem a identificação de qualquer processo com quadros de referências imaginários, o que propicia toda espécie de manipulação” (Guattari e Rolnik, 1993, p. 41).

Para Guattari, talvez, a mais importante de todas as funções da economia subjetiva capitalística seja a função da infantilização. Esta função consiste na tendência do Estado em ser o mediador de tudo o que se faz e que

se pensa, ou que se possa vir a fazer ou a pensar; qualquer tipo de troca econômica, de produção social. Assim, estabelece-se uma relação de dependência para com o Estado, constituindo-se em um dos elementos essenciais da subjetividade capitalística, cumprindo, dessa forma, um papel fundamental no próprio processo de produção de uma subjetividade infantilizada. Em outras palavras,

o sistema capitalístico e a subjetividade do equivalente generalizado se sustentam na tangente da morte e da finitude para, no último momento, reterritorializar o sistema, refundá-lo sobre identidades personológicas, em uma dinâmica edipiana, uma hierarquização e uma alienação da alteridade que podem ser levadas até a paranóia, mas que geralmente mergulham em um momo infantilismo (Guattari, 1993b, p 86).

O capitalismo mundial, nos dias atuais, está comprometido numa incontrolável e vertiginosa aceleração. Os Estados modernos, cada vez mais, vêem seu tradicional papel de mediação reduzir-se. Na maior parte das vezes, colocam-se ao serviço conjugado das instâncias do mercado mundial e dos complexos militares e industriais.

Desse modo, o capitalismo mundial lança mão de todos os métodos e artifícios contra qualquer obstáculo que imponha limites à sua manobra, apelando para tudo, sem se dar ao luxo de respeitar tradições nacionais, textos e instituições legislativas ou judiciárias (Guattari, 1987a), haja vista as mudanças que se estão processando nas constituições dos países, principalmente dos países ditos do terceiro mundo, nos quais os trabalhadores estão sendo atacados em muitos de seus direitos sociais, conquistados ao longo de anos de negociações e penosas lutas trabalhistas.

Tais mudanças, sob a lógica de apropriação capitalística, fazem-se necessárias ao capitalismo, porque as vantagens conquistadas pelos

assalariados e os direitos sociais generalizados reduzem as desigualdades e as exclusões que tanto o beneficiam. Os princípios de igualdade e de unidade, a aglutinação de forças sociais e sua expressão em termos isonômicos configuram-se como um patamar, ao mesmo tempo homogêneo e rígido (princípio do direito adquirido), que cria barreiras para o capitalismo, diminuindo, assim, sua agilidade e mobilidade (Cattani, 1996).

Daí, o descomunal esforço que a elite dominante, acobertada pela tecnocracia estatal, vem empreendendo sornateiramente, dissimulado sob o discurso neoliberal da igualdade de oportunidades de ascensão a todos, desde que se mostrem competentes e qualificados. Constitui-se num discurso que coloca as limitações do sistema no indivíduo, demonstrando uma competência de gerir a vida social que não possui, enaltecendo a possibilidade de usufruto de uma qualidade de vida estendida a todos, apesar da essencial contradição presente em sua lógica.

Assim, o Estado torna-se modelo de realização para a axiomática capitalista, “mas, ao constituir uma axiomática dos fluxos descodificados é que o capitalismo aparece como uma empresa mundial de subjetivação” (Deleuze e Guattari, 1997b, p. 157). Desse modo, não se tem como discordar de Deleuze (1996, p. 213), quando diz que “não há Estado democrático que não esteja totalmente comprometido nesta fabricação da miséria humana”.

Atualmente, em resposta às necessidades do capitalismo, Guattari (1993a) diz que coexistem três tipos de subjetividade que são fabricadas pelas sociedades capitalísticas e colocadas a seu serviço: uma subjetividade serial, correspondendo às classes salariais, uma outra subjetividade, correspondendo à imensa massa dos não garantidos, ambas compondo a classe dos sujeitados,

e, enfim, uma subjetividade elitista, correspondendo às camadas dirigentes. Assim, pode-se afirmar que a força da subjetividade capitalística reside na sua própria forma de produção, que se dá tanto em nível dos opressores, como dos oprimidos.

Para tanto,

do lado das elites, são colocados suficientemente à disposição bens materiais, meios de cultura, uma prática mínima da leitura e da escrita e um sentimento de competência e de legitimidade decisoriais. Do lado das classes sujeitadas, encontramos, bastante freqüentemente, um abandono à ordem das coisas, uma perda de esperança de dar um sentido à vida (*op. cit.*, p. 47).

4.3 - O MITO DE SÍSIFO: A ANTÍTESE DA AUTONOMIA E A SÍNTESE DA OBEDIÊNCIA?

Aqui, considero ser a parte do texto que comporta esclarecer o porquê de minha escolha do trecho no qual Homero descreve sua visão de Sísifo, transcrito no início da apresentação da presente tese e reapresentado a seguir.

Também vi Sísifo extenuando-se e sofrendo, empurrando um bloco imenso com ambas as mãos. Na verdade, ele o arrastava até o cume, sustentando-o com os pés e com as mãos; mas, quando estava a ponto de, finalmente, atingir o alto da montanha, o peso excessivo o impelia para baixo. Novamente, a pedra impiedosa rolava até o vale. Entretanto, ele reiniciava o trabalho e a empurrava morro acima, a ponto de ficar com o corpo banhado de suor; ao redor de sua cabeça, porém, pairava uma nuvem de poeira.

A meu ver, o mito de Sísifo não contempla apenas os aspectos ligados a um trabalho repetitivo e inútil, que deve continuar sendo eternamente realizado, sem esperanças de sucesso, mas oferece subsídios para a apreensão tanto dos comportamentos autônomos como daqueles decorrentes da restrita obediência a uma ordem estabelecida. Esta evocação do mito e sua associação à enfermagem encontram guarida na assertiva de Camus (1989, p. 142), quando diz que “os mitos são feitos para que a imaginação os anime”. Para

tanto, com base nos textos de Camus (1989) e Kast (1997), procuro de uma forma sucinta descrever os principais elementos que compõem esse mito.

Sísifo, detentor da informação de que Zeus raptara a filha do deus-rio Ásopo, em troca da revelação do local para onde fora levada e desonrada, barganha por uma fonte de água corrente na acrópole de Corinto, até então, árida. Com isso, garante vida e fertilidade, não só para si, mas para a cidade inteira. Ao agir assim, dá mostras de não se preocupar em enfrentar e desagradar Zeus, senhor dos deuses e dos homens, acostumado a ser obedecido e vencer a toda e qualquer resistência.

Irado com a revelação que Sísifo fizera a Ásopo e, desse modo, vendo-o, por suas ações, como um mau modelo para os outros homens, Zeus sente-se desafiado e ameaçado em seus poderes. Decide, então, castigá-lo: Sísifo deve morrer o quanto antes. Assim, envia Tânato (a morte) para levá-lo à casa de Hades. Sísifo fora punido a padecer nos infernos, mas, com sua astúcia, acorrenta Tânato e retorna novamente à superfície e ao mundo dos vivos.

A partir daí, os mortais não morrem mais. Os deuses, inseguros com esta situação contrária à natureza, enviam Ares (a guerra) para libertar a morte. Libertado, Tânato sai, pela segunda vez, à procura de Sísifo. Sabedor do que lhe está por acontecer e ciente das reações dos deuses infernais, antes de sua morte e como prova de amor, Sísifo pede à sua mulher que o mantenha insepulto, negando-lhe, assim, os sacrifícios fúnebres.

Irado e em represália à negligência da mulher, Hades deixa Sísifo retornar novamente ao mundo dos vivos, para castigá-la e para obrigá-la a providenciar o sepultamento de seu cadáver. Porém, Sísifo, ludibriando a morte pela segunda vez, não fez nada disso e, apesar das advertências,

chamamentos e iras dos deuses, não quer mais retornar à escuridão infernal. Ao contrário, desfruta de sua vida até a velhice, rindo dos deuses do inferno, por ter-se mostrado mais astuto, vencendo a morte, por duas vezes.

Desse modo, torna-se necessária uma nova sentença dos deuses: ser reconduzido, à força, aos infernos, onde seu castigo está à sua espera. Assim, após sua morte e para seu tormento, é condenado pelos deuses a rolar eternamente uma grande rocha, de um vale até o alto de uma montanha que, por seu peso, ao se aproximar do cume, rola novamente para baixo, exigindo ser conduzida novamente da base ao cimo: “eles tinham pensado, com as suas razões, que não existe punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança”, que se torna um “suplício indescritível em que todo o ser se ocupa em não completar nada” (Camus, 1989, p. 141-142).

Ao evocar o mito de Sísifo e associá-lo ao trabalho da enfermagem e do enfermeiro, procuro estabelecer algumas analogias presentes nas práticas desenvolvidas por ambos. Neste caso, não vejo apenas o esforço de um corpo em erguer e rolar uma pedra enorme para fazê-la chegar ao ponto mais alto de uma montanha que, antes de seu final, após ter consumido um tempo imenso e um esforço descomunal, desaba, em alguns poucos instantes, para a planície e de onde precisará ser novamente reerguida até o cume, num eterno pegar e largar, num constante vai-vem, num contínuo subir e descer.

No mito, enquanto ainda vivo, o importante para Sísifo é a vitalidade e a autonomia, não a obediência. “Ele não quer estar no séquito de Zeus, mas (...) no séquito do deus-rio (...) que personifica precisamente a transformação e o fluir eterno, por conseguinte, a mudança” (Kast, 1997, p. 71). Mostra-se, assim,

criativo e atraído pela possibilidade da eterna mudança. Somente com sua morte é que fica fadado, como um castigo, à obediência eterna e inconteste.

Em minha análise, Sísifo **vivo** pode representar aquele que se mostra sujeito de suas ações, apresentando comportamentos compatíveis com o exercício de sua autonomia e a capacidade de manifestar seus desejos e realizar sua vontade. Em síntese, enquanto vivo, Sísifo representa aquele que é portador de uma subjetividade singular, portanto, sujeito dos seus próprios atos.

A restrita obediência de Sísifo às determinações e vontades dos deuses, só se torna possível com sua morte, quando assujeitado ao obedecer inconteste e eterno, ou seja, quando a obediência ao castigo instituído não decorre mais de um ato de sua vontade, como expressão e manifestação do seu desejo, porque **morto** e desprovido de sua subjetividade singular. Provido apenas de uma subjetividade serial, desse modo, torna-se incapaz de ser sujeito dos seus próprios atos. Pode representar, assim, todo aquele que se sujeita passivamente, sem questionamentos, às vontades e aos desejos alheios, apresentando-se, embora vivo, portador de uma subjetividade amortecida.

Na presente tese, a autonomia do sujeito não implica a mera possibilidade de não se sujeitar a quaisquer normas ou regras instituídas, mas da possibilidade do exercício de sua vontade de segui-las, porque as aceita e concorda com elas. Assim considerada, a autonomia opõe-se à dependência, no sentido de submissão e de avassalamento. O seu não exercício, por sua vez, significa a minoridade dos sujeitos ou do grupo que, desse modo, se tornam dependentes e à mercê da proteção e da determinação de outrem.

A autonomia, portanto, é uma conquista, é o exercício de uma vontade.

É um ato deliberado, trabalhoso e ininterrupto em busca da dignidade, tanto na vida como no trabalho.

A partir do exposto, para concluir o presente capítulo e visando motivar a existência de um momento para uma breve reflexão, trago questionamentos que Deleuze (1996, p. 213) apresenta. “Como um grupo se transformará, como recairá na história, eis o que nos impõe um perpétuo ‘cuidado’. Já não dispomos da imagem de um proletário a quem bastaria tomar consciência”.

CAPÍTULO 5

O PROCESSO DA PESQUISA

... é preciso pegar as coisas para extrair delas as visibilidades... é necessário rachar as palavras ou frases para delas extrair os enunciados. Trata-se de extrair as variações que não cessam de passar. (...) Não há o oculto a ser revelado, há incisões a serem feitas nos estratos, para que o invisível, já-presente, se torne visível. São blocos de invisíveis buscando passagem e que, ao fazê-lo, produzem rachaduras.

Gilles Deleuze

5.1 - O MÉTODO INVESTIGATIVO

Na tentativa de dar conta dos objetivos propostos, apresentar respostas à questão norteadora e sustentação à tese formulada, foi realizada uma investigação com características de uma pesquisa qualitativa. O método utilizado, considerando o contexto do fenômeno social estudado, privilegiou a prática e o propósito transformador do conhecimento a ser adquirido da realidade, em seus aspectos essenciais e acidentais. Em outras palavras, não apenas procurei apreciar o desenvolvimento do fato, que apenas demarcou o início da análise, mas busquei penetrar

em sua estrutura íntima, latente, inclusive não visível ou observável à simples observação ou reflexão, para descobrir suas relações e avançar no conhecimento de seus aspectos evolutivos, tratando de identificar as forças decisivas responsáveis por seu desenrolar característico (Triviños, 1990, p. 20).

Embora a ampla liberdade teórico-metodológica conferida por uma pesquisa orientada pelo enfoque qualitativo, acredito não ter negligenciado na tentativa de apresentar uma estrutura coerente, consistente e original. Para tanto, procurei, em todos os momentos, cercar-me de cuidados relativos ao âmbito de objetivação para sua possível aprovação num processo intersubjetivo de apreciação e, desse modo, ser capaz de atender às exigências necessárias a um trabalho que se pretenda que se configure como de cunho científico.

Alertado por Lüdke e André (1986), de que uma pesquisa qualitativa não estabelece marcadas separações entre coleta e interpretação das informações, tornando possível, assim, ao pesquisador mais experiente e melhor preparado teoricamente realizar a maior parte da análise, ainda durante a fase de coleta,

mas que os mais inexperientes podem chegar ao seu final com grande parte dessa tarefa ainda a ser feita, enquadrei-me neste último grupo.

Desse modo, procurei seguir os procedimentos sugeridos por Bogdan e Biklen, apresentados por Lüdke e André (1986), como estratégias para prevenir o risco da obtenção de um amontoado de informações difusas e irrelevantes, entre as quais se destacaram: a delimitação progressiva do foco de estudo, o aprofundamento da revisão bibliográfica e o uso extensivo de comentários, observações e especulações, ao longo da coleta.

5.2 - O MÉTODO DE COLETA DE DADOS

O método de coleta de dados foi, essencialmente, a observação, tendo sempre presente a assertiva de Triviños (1990, p. 153) de que observar um determinado evento social simples ou complexo significa que o mesmo deve ser abstratamente separado de seu contexto para que, “em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, etc.”.

Assim, quanto ao tipo, optei pela observação livre, por satisfazer as necessidades principais da pesquisa qualitativa: a relevância do sujeito, neste caso, de sua prática manifesta, e a ausência parcial ou total do estabelecimento de pré-categorias para compreender o fato que se observa. Desse modo, a categorização foi feita *a posteriori*, no processo de organização e análise do material coletado. Quanto à coleta dos dados, foram considerados seus dois aspectos mais importantes, de natureza metodológica: as anotações de campo e a amostragem de tempo.

As anotações de campo consistiram, fundamentalmente, na descrição de todas as manifestações (verbalizações, atitudes, ações, etc.) observadas no sujeito, bem como das circunstâncias físicas consideradas e que o rodeavam e contextualizavam. Contemplaram, sempre que possível, o registro de reflexões derivadas da observação da situação presenciada, representando, muitas vezes, as primeiras buscas espontâneas de significados, as primeiras expressões de explicações. Muitas delas, na íntegra ou reformuladas, puderam constituir-se em produto final, enquanto outras foram descartadas.

A exatidão das descrições foi considerada requisito fundamental e essencial dessa pesquisa, como primeiro passo para avançar na explicação e compreensão da totalidade do que foi observado, em seu contexto, dinamismo e relações. Sempre que possível, procurei manter uma descrição fidedigna do contexto e situações vivenciadas. Houve especial preocupação em registrar, na íntegra e fielmente, os diálogos presenciados e as verbalizações ou comentários espontâneos originados durante as interações entre os sujeitos, inclusive, quando estes eram dirigidos a mim.

Quanto à amostragem de tempo, esta foi feita pela escolha intencional de jornadas de trabalho, em dias de trabalho de enfermeiros, no exercício pleno de suas atividades profissionais, para serem livremente observados, em seus locais e postos de trabalho. Embora denominada livre, esta observação apresentou um direcionamento pautado pelo tema, com vistas ao alcance dos objetivos propostos, na tentativa de evidenciar ou não, na prática dos enfermeiros, comportamentos, atitudes e desempenho de ações, dentre outras possibilidades, que pudessem ou não dar sustentação à tese formulada.

O registro dos dados coletados deu-se pela descrição das atividades observadas, por escrito. Não foi feito o uso, como anteriormente previsto, de gravador para que fosse procedido o registro verbal dos fatos observados. Apesar da intenção de sua utilização como recurso facilitador, com o intuito de possibilitar um maior número de registros e pretensamente poder garantir maior riqueza de detalhamento, na prática, mostrou-se inviável. Já na primeira observação, motivou meu constrangimento em utilizá-lo, pela aparente suspeição que geravam os atos de ligá-lo e realizar a descrição verbal daquilo que estava sendo por mim presenciado.

Por sua vez, após as primeiras observações, foi possível o desenvolvimento de maior habilidade na realização das descrições, bem como o desenvolvimento de sistematizações que tornaram muito mais fácil seu registro. Cabe ressaltar que, fazendo uso de tais registros e valendo-me dos recursos de memória, procedia, sempre, logo que possível e no próprio local do transcurso das observações, a complementação das descrições do que percebera ou, após, em casa, com o uso do computador. Ainda, deve-se ter sempre presente que, por mais completa que seja uma observação e seu registro, há sempre uma defasagem entre a ação sofrida pelas imagens e a reação executada. Essa defasagem é que permite estocar outras imagens, ou seja, perceber. Mas o que se estoca é somente aquilo que interessa: “perceber é subtrair da imagem o que não nos interessa, sempre há *menos* na nossa percepção” (Deleuze, 1996, p. 58).

5.3 - OS SUJEITOS DA PESQUISA E SEUS LOCAIS DE REALIZAÇÃO

Segundo Reinhartz, citado por Lüdke e André (1986, p. 27), “os ambientes sociais são relativamente estáveis, de modo que a presença de um observador dificilmente causará mudanças que os pesquisadores procuram tanto evitar”. Esta assertiva mostrou-se aparentemente verdadeira. Minha presença pareceu ser notada, basicamente, nos momentos iniciais da observação, quando as enfermeiras dedicavam-me uma certa deferência ou atenção especial, procurando inteirar-me de determinadas situações, realizando explicações acerca da dinâmica e das condições do trabalho, justificando algumas condutas, realizando comentários.

Transcorridos os momentos iniciais, parecia que, aos poucos, minha presença já fazia parte do contexto e minha imagem ia se tornando praticamente imperceptível, à medida que as demandas do trabalho passavam a exigir maior afino e atenção. Cabe ressaltar que, em muitas situações, apesar de praticamente tornar-me sombra daquele cujo desempenho encontrava-me observando, aconteceu de, ao direcionar minha atenção para registrar as descrições do que vivenciara, simplesmente, ao perder momentaneamente o contato visual, não sabia para onde tinha se dirigido e o que fora fazer, decorrentes do ritmo e velocidade empreendidos e do grau de agilidade postos no trabalho. As idas e vindas, as saídas e chegadas, enfim, os deslocamentos davam-se em alta rotatividade, evocando em minha mente a imagem do super-herói de um dos seriados de televisão que apresenta características de mesma natureza: *The Flash*. Do mesmo modo que saía, dava-se seu retorno, exigindo de minha parte a necessária sutileza para

inteirar-me do que fora feito durante esses breves momentos de lapso e nos quais não fora possível observar.

Apesar dessas intercorrências, correspondeu às expectativas, uma vez que minha opção pela técnica de observação como a principal e a mais adequada para investigar o tema proposto exigia minha participação mínima no trabalho. A forma de inserção na realidade e explicitação do papel como pesquisador, bem como quanto à explicitação dos propósitos da pesquisa junto aos sujeitos, requeriam a adoção da postura de “observador total”, não devendo interagir com os sujeitos observados, ou seja, estar na presença dos sujeitos, porém, sem estabelecer relações interpessoais (Lüdke e André, 1986, p. 29). Houve situações em que ocorreram, embora restrita ao mínimo indispensável para a conquista e manutenção de um clima de respeito, confiança e descontração, geralmente de iniciativa dos profissionais, e às quais eu não poderia deixar de corresponder.

A pesquisa foi realizada junto a enfermeiras que exerciam suas atividades profissionais em três hospitais (A, B e C) de uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Já, durante a realização das primeiras observações das práticas das enfermeiras em seu cotidiano de trabalho e que foi se confirmando desde o início das análises, pude constatar o que Mendes Gonçalves (1994, p. 49) já afirmara de que

rigorosamente, bastaria realizar a investigação em uma única instituição para obter as evidências necessárias à construção do objeto; sua realização em várias instituições apenas funciona como mecanismo potencializador da razão, permitindo *uma mais segura e fácil evidenciação* do essencial.

Embora minha preocupação não tenha sido a de propor generalizações, segundo esse autor, parece lícito, após a obtenção do essencial e no nível de

abstração em que se colocar, generalizá-lo. Esta é uma generalização que pode ser feita não para todos os casos, um por um, mas para seu conjunto. Assim, “as determinações mais concretas não deixam de ser relevantes para o conhecimento e para a prática” (Mendes Gonçalves, 1994, p. 49).

O hospital A é um hospital universitário, que serve de campo de prática aos alunos dos cursos de enfermagem e de medicina. Conta com residência médica na maior parte de suas unidades de internação e serviços, conforme suas especialidades. Contava, à época da realização da pesquisa, com, pelo menos, um enfermeiro, por turno, em cada unidade de internação e sua chefia e cargos de supervisão eram exercidos por docentes enfermeiros do curso de enfermagem.

O hospital B é um hospital geral, que serve como campo de prática aos alunos de enfermagem e medicina correspondentes a disciplinas específicas. Nem todos as unidades de internação, à época da realização da pesquisa, contavam com enfermeiro em cada turno, exceção feita às unidades de tratamento intensivo (UTIs), em número de duas. Determinadas unidades de internação, contavam com enfermeiras para os turnos da manhã e tarde, outras com apenas uma enfermeira, geralmente no turno da manhã. Porém, à noite, contava com somente duas enfermeiras que, em noites alternadas, ficavam responsáveis pela supervisão geral noturna destas unidades e demais setores, podendo assumir, inclusive, a responsabilidade pelas UTIs, em caso de folga de uma das enfermeiras do noturno destes locais. A chefia do Serviço de Enfermagem vem sendo exercida por enfermeiras pertencentes à uma ordem religiosa, desde a época de sua fundação. Nas últimas duas décadas houve a ampliação gradativa de postos de trabalho para enfermeiros.

O hospital C é um hospital geral que não conta com enfermeiros em suas unidades de internação, exceção feita à unidade de terapia intensiva, que conta com enfermeiras durante as vinte e quatro horas do dia e do Pronto Socorro que conta com um enfermeiro, por um determinado número de horas por dia, e que acumula as funções de chefia do Serviço de Enfermagem. Dispunha à época da realização da pesquisa, de duas enfermeiras para a supervisão dos demais setores e unidades de internação, divididos em dois setores, tanto para o turno da manhã como para o turno da tarde. A supervisão geral noturna era feita por duas enfermeiras, em noites alternadas. Há mais de duas décadas, o Serviço de Enfermagem deixou de ser dirigido por enfermeiras religiosas. Durante muitos anos contou apenas com poucos enfermeiros para o exercício da direção do Serviço de Enfermagem e supervisão. Recentemente, vem ampliando timidamente seu quadro de enfermeiros.

Antes da realização das observações, estabeleci contato com as respectivas chefias de enfermagem para prestar esclarecimentos e informações acerca da natureza e finalidades da pesquisa, obtendo, além dos necessários consentimento e autorização, a nominata dos enfermeiros do quadro de cada instituição e dos respectivos setores de lotação e turnos de trabalho. O número de enfermeiros das três instituições hospitalares perfazia, à época, um total de 86 desses profissionais, sendo 38 do hospital A, 36 do hospital B e 12 do hospital C.

De posse dessas informações, juntamente com minha orientadora, ficou determinado que seriam observadas as atuações de 21 enfermeiros, durante todo o transcurso de uma jornada completa de trabalho, devendo ser contemplados os três turnos de trabalho e as três instituições

indiscriminadamente, embora respeitando suas proporcionalidades. Desse modo, foram sorteados 9 enfermeiros do hospital A e 9 enfermeiros do hospital B, sendo 3 de cada turno e em cada hospital e 3 enfermeiros do hospital C, sendo 1 de cada turno para serem observados durante todo o transcurso de suas jornadas de trabalho.

Para proceder o sorteio, os enfermeiros foram agrupados por hospital e por turno, podendo ser, desse modo, contemplados os critérios estabelecidos. A partir do sorteio e por considerar que a observação constitui uma técnica que invade a privacidade dos sujeitos, como forma de não só amenizar, mas de procurar neutralizar esta característica, mantive contato prévio com cada enfermeiro. Esta forma de agir visou não só marcar a data em que me faria presente no local para proceder à observação de como transcorria sua jornada de trabalho, mas para, de antemão, oferecer informações e esclarecimentos considerados suficientes para desarmá-los quanto a possíveis resistências ou desconfianças, além de solicitar formalmente seu consentimento para a realização dessa atividade.

Do total dos sorteados, 20 foram do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Porém, houve necessidade de novo sorteio, porque o profissional que seria o único representante do sexo masculino manifestou sua vontade de não participar do estudo por não querer ter sua prática observada, alegando: *“desde a graduação eu tenho traumas em relação a alguém observando o que eu estou fazendo”*.

As observações foram realizadas no período compreendido entre os dias 21.05.97 e 16.07.97, totalizando cerca de 168 horas de observação. As observações foram se dando ora num turno, ora noutro, ora num hospital, ora

noutro, mas não necessariamente desta mesma forma, porém, contemplando, na íntegra, embora assistematicamente, os critérios estabelecidos.

5.4 - A ORGANIZAÇÃO E A ANÁLISE DOS DADOS

Os dados brutos obtidos pelas anotações de campo foram organizados a partir de leituras repetidas, com o objetivo de permitir maior contato com os dados coletados, conduzindo à minha impregnação com o que fora por mim percebido e registrado. Esse contato e a impregnação, que essa forma de leitura repetitiva e sistemática oportunizou, tornaram possíveis a emergência e evidenciação de áreas temáticas associadas à tese formulada e ao alcance dos objetivos propostos. Permitiram o agrupamento dos registros por tema, possibilitando, assim, sua categorização prévia. As categorias resultantes desse processo prévio, ao serem confrontadas, conduziram à definição final das mesmas, como condição necessária à descrição organizada dos dados observados.

Num primeiro momento, a análise foi feita pela organização do material composto essencialmente pelas anotações de campo, acrescido dos comentários, reflexões e especulações feitas ao longo da coleta dos dados, sendo dividido em partes e relacionando-as, após, para buscar identificar tendências e padrões relevantes.

Num segundo momento, foram reavaliados tais padrões e tendências para julgar se as categorias refletiam os critérios de atender aos propósitos da pesquisa e se apresentavam homogeneidade interna, heterogeneidade externa, inclusividade, coerência e plausibilidade. Esse processo possibilitou, assim, o estabelecimento de relações e associações num nível de abstração mais

elevado, sustentado por um referencial teórico, ampliado e atualizado pela revisão constante da literatura, que se estendeu até praticamente à elaboração final desse relatório. Isso porque a categorização *per se* não esgota a análise, sendo preciso que se ultrapasse a mera descrição, na busca de acrescer algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado.

Desse modo, fez-se necessário um esforço de abstração para ultrapassar os dados e, assim, estabelecer conexões e relações para que se tornasse possível a proposição de novas explicações e interpretações. A análise mostra-se como um processo de extrema complexidade, cujas reflexões que origina conduzem a novas reflexões, numa cadeia serial indefinida, contemplando cada vez mais e sempre novas explicações e interpretações.

Em decorrência de minhas limitações como ser humano e por não subestimar as capacidades analítica e reflexiva do leitor, acredito que as categorizações e análises realizadas, com base no referencial teórico estabelecido, constituem-se em suporte para que tais capacidades sejam mobilizadas, conduzindo à realização de novas análises que minhas limitações e premência de tempo não permitiram realizar.

5.5 - AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Como resultado desse trabalho de categorização e análise, a partir das observações feitas das práticas apresentadas por enfermeiras, durante o desempenho das atividades que realizam no microespaço onde exercem suas funções e no transcurso de suas jornadas de trabalho, apresento, a seguir, as categorias de análise que emergiram do tratamento dos dados.

5.5.1 - O DOMÍNIO DA INFORMAÇÃO

Sob determinada ótica, a informação e seu domínio constituem matéria prima essencial do trabalho da enfermagem e, especialmente, do trabalho do enfermeiro. Desde o início de sua jornada de trabalho, o enfermeiro encontra-se às voltas com a busca de informações que considera necessárias para sua atualização acerca das condições do ambiente de trabalho e do processo de trabalho assistencial, muitas vezes, antes do momento destinado à passagem de plantão propriamente dita.

Os momentos que a antecedem podem vir a se constituir em um tempo útil à aquisição de determinadas informações que, somadas às informações que já detém, possibilitam àquele que está assumindo a responsabilidade pelo novo turno de trabalho “tomar pé da situação atual”, ou seja, instrumentalizar-se para a jornada de trabalho que inicia. Muitas das informações podem ser obtidas por meio de consulta ao livro de registro de ocorrências e/ou por meio de comentários e questionamentos junto aos demais trabalhadores presentes, a partir do conhecimento prévio de determinadas situações vivenciadas nas jornadas de trabalho anteriores. Dependendo da situação, ao mesmo tempo em que permanece observando e/ou auxiliando na realização de algum procedimento que ainda esteja sendo realizado por aquele a quem veio substituir, obtém importantes informações acerca do(s) caso(s) ao(s) qual(is) deverá direcionar maior atenção e esforços.

Como foi possível observar, a passagem de plantão corresponde a uma síntese informativa dos principais acontecimentos considerados pertinentes, transmitidos verbalmente e/ou registrados pelo enfermeiro ou qualquer outro

membro da equipe de enfermagem que estejam encerrando sua jornada de trabalho, para os colegas que os substituem. Mesmo após este breve período de tempo que, como observado, oscila muito pouco, durando cerca de quinze minutos, a grande parte do tempo de duração de cada jornada de trabalho, tanto do turno da manhã, como da tarde ou da noite, comporta uma constante troca de informações, não só pelos próprios membros da equipe de enfermagem entre si, mas entre os diversos trabalhadores que exercem suas atividades, num mesmo local.

A passagem de plantão realizada pelo pessoal de enfermagem pode ser percebida e caracterizada como, essencialmente, um momento de ritualização e reatualização das informações acerca das condições gerais dos pacientes e das condições organizacionais do ambiente: suas precariedades, (im)possibilidades, carências, (in)disponibilidades, (in)operacionalidades para a realização do trabalho.

Não foi percebido o rigor geralmente preconizado pela escola, principalmente quanto à presença de todos e quanto à pontualidade. Dentre as causas mais comuns para essa ocorrência, há o fato de alguns trabalhadores da enfermagem terem um outro emprego, além de finalização de tarefas, ainda inacabadas, pelo turno que está prestes a completar sua jornada, não raro, pela sobrecarga de trabalho, devida às precariedades humanas e materiais presentes.

Importantes diferenças de formas de realização de passagens de plantão puderam ser constatadas, embora a persistência de um eixo norteador comum, presente em todas elas, pôde ser observada: a ênfase das informações nas condições do paciente, em consonância às demandas do modelo bio-médico,

ou seja, na descrição de situações que têm relação com aspectos do tratamento clínico e aos meios diagnósticos e/ou da inadequação das condições materiais que, muito comumente, os inviabilizam.

No caso da supervisão geral noturna, especialmente a observada no hospital B, a leitura, na sala da chefia de enfermagem, do livro de registro de ocorrências anotadas pela enfermeira chefe constitui-se na tomada de contato inicial da enfermeira supervisora com o trabalho. Porém, nem sempre tais anotações parecem ser suficientes, como denota o comentário feito pela enfermeira supervisora:

“à medida que eu ando pelas unidades, é que eu fico sabendo o que realmente aconteceu no hospital porque a maioria das coisas não fica registrada”. Data: 17.06.97; Turno: Noite.

Este comentário fortalece a percepção de que os registros não dão conta de relatar a totalidade das ocorrências, muitas vezes nem das principais, verificadas nas diferentes unidades e setores, nos turnos que se sucederam, desde o seu último plantão. Entretanto, sua utilização parece configurar-se muito mais como uma forma usada para atender a uma necessidade de caráter organizativo, oferecendo algumas pistas ou indícios sobre para que e para quem devam ser direcionadas, inicialmente, suas energias. Provavelmente tais pistas ou indícios sirvam muito pouco para atender sua necessidade técnica para o exercício da supervisão, uma vez que, somente à medida que vai transcorrendo sua jornada de trabalho e dando-se seu comparecimento às diferentes unidades e aos diferentes setores é que vai se municiando com informações para melhor poder realizá-lo.

A precariedade dos registros colocados à disposição, um dos agentes responsáveis pela invisibilidade do trabalho da enfermagem e, principalmente,

pela invisibilidade do trabalho do enfermeiro, pode ser justificada e percebida pelo teor do seguinte fragmento de minhas anotações de campo:

*(...) já na sala da coordenação de enfermagem, a enfermeira põe-se a fazer o registro de ocorrências do turno. Faz, para mim, o seguinte comentário: “quase nunca tenho o que relatar porque, quando consigo resolver, não considero como uma intercorrência”.
Data: 30.06.97; Turno: manhã.*

Essa forma de proceder parece não ser exclusiva de uma enfermeira em particular. Acredito que seja um procedimento bastante comum entre os profissionais, quando, ao direcionarem sua atenção e concentrarem seus esforços para reverter as impossibilidades, as carências, as inviabilidades e demais aspectos que concorrem para a precariedade das ações assistenciais presentes no trabalho da enfermagem e no trabalho em saúde como um todo, não explicitam as dificuldades que tiveram de ser enfrentadas e as lutas que foram travadas para a realização do seu trabalho assistencial. A forma dessa enfermeira expressar-se em relação a este tipo de trabalho realizado denota a pouca valorização que atribui e percebe nas atividades que realiza, por não corresponder às idealizações acerca da profissão veiculadas pela escola e que compõem as representações sociais presentes no mundo do trabalho.

5.5.2 - A OBSESSÃO PELA INFORMAÇÃO

A obsessão pela informação parece constituir-se num traço característico marcante da atuação do enfermeiro. Manter-se bem informado, saber de tudo o que acontece configura-se como situação altamente valorizada pelo enfermeiro no seu cotidiano de trabalho. Por sua vez, parece que, além da segurança que deter a informação veicula, possibilita o exercício do controle do processo de trabalho, no microespaço onde exerce o seu fazer. Para ilustrar esta

característica profissional do enfermeiro, destaco o seguinte fragmento das anotações de campo, que apresentam o empenho e os esforços dispendidos por uma enfermeira, não só para deter a informação e centralizá-la, mas para, em atenção às expectativas e necessidades dela e do próprio grupo, manter-se atualizada para compartilhar com os demais:

Três médicos residentes estão reunidos no posto de enfermagem, debatendo acerca do possível cancelamento das cirurgias urológicas marcadas para sábado pela manhã, em decorrência de algumas reformas que estarão sendo processadas no centro cirúrgico. A enfermeira, entrando no posto de enfermagem e ouvindo tais comentários, arregala os olhos e mantém-se boquiaberta, aparentando toda a sua perplexidade. Solicita maiores informações. Diante das controvérsias, a enfermeira telefona para sua colega do centro cirúrgico para obter informações mais precisas e para saber se, realmente, estas cirurgias seriam suspensas. A enfermeira do centro cirúrgico diz não saber de nada, combinando avisá-la, assim que soubesse de todos os detalhes, verbalizando estar bastante indignada com o ocorrido. A seguir, sem transcorrer nem um minuto, a enfermeira decide ir até à coordenação de enfermagem para saber mais a respeito desse assunto e buscar maiores esclarecimentos. Comunica aos presentes onde vai, o que vai fazer e sai da unidade. Ao dirigir-se à sala da coordenação de enfermagem, encontra a coordenadora de enfermagem no corredor, próximo ao centro cirúrgico. Ao ser argüida, a coordenadora informa que as cirurgias de sábado foram realmente suspensas e expõe-lhe o motivo: naquele sábado, seria instalado o sistema de ar condicionado central do centro cirúrgico. A enfermeira, aproximando-se da janela do Centro de Material e Esterilização, solicita que alguém chame a enfermeira do centro cirúrgico. Quando a enfermeira do centro cirúrgico chega, informa-lhe, juntamente com a coordenadora de enfermagem, acerca dos pormenores para a suspensão das cirurgias. A enfermeira do centro cirúrgico refere toda a sua indignação pelo desconhecimento do caso, especialmente por envolver o seu próprio local de trabalho e que deveria ter sido a primeira a ser comunicada. Após alguns minutos de conversação, a enfermeira despede-se dos demais e dirige-se à unidade cirúrgica. Ao entrar no posto de enfermagem, comunica que as cirurgias foram realmente suspensas e informa os motivos aos médicos residentes presentes. A médica residente que havia suscitado a dúvida inicial diz, em tom de voz vitorioso: “estou mais informada do que as enfermeiras!” E todos riem muito. Data: 23.05.97; Turno: Tarde.

Não deter as informações, desconhecer fatos e acontecimentos que têm a ver com a dinâmica de seu local de trabalho parecem constituir-se numa situação pouco tolerada pelo enfermeiro, que, literalmente, “sai à cata” de tais

informações, na primeira oportunidade. Nesse caso, mesmo que justificada pelas implicações que as reformas no centro cirúrgico acarretariam ao funcionamento habitual do seu setor de trabalho, a atitude da enfermeira parece ter decorrido de uma certa precipitação. Ao mover-se pela impulsividade, utilizando-se de caminhos atropelados, não concede o tempo nem permite à sua colega, a quem a problemática estava mais afeta, a necessária reação para articular-se, inteirar-se do assunto e esboçar alguma forma de ação mais apropriada às suas funções. Este fragmento de anotações de campo destacado também serve para ilustrar o aparente desconforto de ambas as enfermeiras ao perceberem-se desprovidas de informações que julgam importantes e como tal situação pode configurar-se como uma possível perda de controle sobre o processo de trabalho assistencial.

Esta característica do enfermeiro de ser o detentor do conjunto das informações relativas tanto ao paciente como ao ambiente do cuidado, pelo comentário feito pela médica residente, denota como o domínio da informação pelo enfermeiro confere centralidade à sua figura e o exercício de poder que possibilita.

Dos profissionais que atuam num mesmo setor, o enfermeiro é aquele profissional para o qual converge a grande maioria das informações relativas às diferentes situações de trabalho, no que diz respeito às condições tanto do paciente como do ambiente assistencial e organizacional. Em decorrência dessa função essencial que desempenha, em sua atuação diária, comporta-se como se fosse uma central de informações: **buscando-as e/ou recebendo-as**, a qualquer momento da jornada de trabalho, **selecionando-as e repassando-as**, de acordo com sua capacidade de julgamento e decisão ou, simplesmente,

prestando-as, quando determinadas informações são solicitadas pelos demais, como, em seu conjunto, ilustram as situações que se seguem:

*Uma auxiliar de enfermagem comunica que está havendo drenagem espontânea de líquido do abdome de um paciente com ascite, pela hérnia umbilical. A enfermeira sai à procura de material para realizar um curativo. (...) Uma auxiliar de enfermagem entra no posto de enfermagem e informa que determinado paciente referira ter fome e de não ter recebido, ainda, nenhum alimento após o exame. A enfermeira telefona para o serviço de nutrição, comunicando que havia sido liberada dieta líquida, desde a manhã, e que, até aquele momento, o paciente ainda não a havia recebido. Solicita para que seja providenciado algo para ele. **Data:** 21.05.97; **Turno:** Tarde.*

*... uma auxiliar de enfermagem entra no posto de enfermagem e informa que determinado paciente não recebera nenhum alimento, desde a realização do exame, encontrando-se em jejum, desde a noite anterior. A enfermeira indica que ela ligue para o serviço de nutrição e informe que a dieta já havia sido liberada **Data:** 23.05.97; **Turno:** Tarde.*

*... um médico residente lhe comunica que a cirurgia de determinado paciente fora transferida para a próxima quarta-feira, devido ao centro cirúrgico ainda estar interditado. Comenta com a enfermeira, acerca da grande sujeira decorrente da instalação do ar condicionado central naquele setor. (...) A enfermeira telefona para o serviço de nutrição e dietética e comunica a liberação da dieta do paciente, cuja cirurgia fora transferida. **Data:** 26.05.97; **Turno:** Manhã.*

As situações apresentadas demonstram não apenas a convergência das informações para o enfermeiro, mas como a sua posse, além do exercício do controle que seu domínio permite, direciona, em muito, suas próprias ações. Por outro lado, a centralização da informação, quando essencialmente focalizada para o exercício do controle, pode impedir a emergência de outras formas mais nobres de exercício de poder que privilegiem certo grau de criatividade e autonomia (Steiner, 1989), principalmente aos auxiliares de enfermagem que se encontram hierarquicamente subordinados a um enfermeiro que age dessa maneira.

Ao centralizar as informações e as tomadas de decisão, que a meu ver necessitariam ser amplamente compartilhadas, o enfermeiro assume a responsabilidade pela realização de determinadas atividades que, por sua natureza, poderiam ser desempenhadas por qualquer membro da equipe de enfermagem, sem comprometer sua qualidade, garantindo maior dinamicidade ao processo, podendo apenas ser registrada ou comunicada a sua realização. O compartilhamento de tais responsabilidades e das tomadas de decisão, possivelmente, liberaria o enfermeiro para a realização de outras atividades que, não raro, são negligenciadas, dentre as quais pode-se destacar ações como as de planejamento, implementação, supervisão e avaliação da assistência prestada.

Com isso, quero dizer que o domínio indiscriminado de informações não corresponde, necessariamente, à melhor capacidade para as tomadas de decisão que seriam de sua competência tomar. Configuram-se, muitas vezes, em decorrência de sua diversificação e excesso, como seu oposto, já que outros elementos da equipe de enfermagem ou até mesmo um secretário de unidade poderiam implementar as ações necessárias.

Uma enfermeira de outro setor adentra no posto de enfermagem e lhe solicita algumas informações. (...) ... no corredor, é interpelada pela assistente social e solicitada a prestar determinadas informações acerca de determinado paciente. (...) ... outro médico residente aproxima-se da enfermeira e solicita informações... Data: 21.05.97; Turno: Tarde.

O telefone toca e uma auxiliar de enfermagem o atende. Diz para a enfermeira que estão solicitando informações acerca de determinado paciente. A enfermeira informa o respectivo leito para a auxiliar de enfermagem que presta, ao telefone, a informação solicitada. (...) Nesse ínterim, um paciente, junto à janela do posto de enfermagem, interrompe a passagem de plantão e solicita a liberação da alta (neste hospital, o paciente só pode sair após o preenchimento da autorização pelo enfermeiro) e informações acerca de como deve proceder para internar-se novamente. A enfermeira da manhã

entrega-lhe a autorização de alta e fornece-lhe as informações solicitadas, indicando que ele deve procurar o médico que o estivera tratando para que ele solicite novamente sua internação. (...) A enfermeira da tarde pergunta à enfermeira da manhã, que ainda se encontrava presente, se determinado leito já havia sido limpo. Recebe uma negativa justificada pela alta recente. (...) Outra pessoa (possivelmente, algum familiar) aproxima-se da porta do posto de enfermagem e lhe solicita algum tipo de informação... (...) Um médico residente solicita uma informação... (...) Outra auxiliar de enfermagem solicita informações acerca de qual é o leito de determinado paciente, sendo informada pela enfermeira. (...) O médico residente pergunta à enfermeira qual o antibiótico em uso por determinado paciente e a enfermeira lhe informa. (...) Ainda, outra médica residente pergunta-lhe acerca de determinado paciente. Ao ser informada, sai do posto de enfermagem. A enfermeira sai ao seu encaixe e lhe faz mais algumas colocações. (...) Nesse meio tempo, um estagiário de medicina solicita informações acerca de determinado paciente e é informado pela enfermeira que este recebera alta e já fora embora... **Data:** 23.05.97; **Turno:** Tarde.

O telefone toca. Uma acadêmica de enfermagem atende e chama a enfermeira. Estão solicitando algumas informações. É do serviço de nutrição, querendo confirmação dos jejuns. A enfermeira informa os casos de exames e cirurgias. (...) Neste ínterim, toca o telefone e ela atende, dando algumas informações. Faz uma ligação e fala por alguns segundos. Coloca o fone no gancho e, antes que consiga iniciar a discar, o telefone toca novamente. Fala com alguém, presta algumas informações e desliga. (...) Nesse meio tempo, um médico anestesiológico solicita à enfermeira informações acerca de um paciente que fizera cirurgia. É informado que o mesmo recebera alta na sexta-feira. (...) O telefone toca e a secretária o atende. Pergunta à enfermeira se a cirurgia de determinado paciente fora suspensa. A enfermeira responde afirmativamente. (...) A enfermeira atende o telefone, prestando algumas informações. (...) Nesse meio tempo, o telefone toca e a enfermeira o atende. Alguém solicita informação sobre determinada cirurgia. A enfermeira, consultando a escala de cirurgias, informa que está marcada para o dia seguinte. (...) Um paciente solicita informações acerca de seu médico para saber a respeito de sua alta e a enfermeira lhe informa que este encontra-se almoçando. (...) Uma senhora (ex-paciente) aproxima-se do posto de enfermagem e, interrompendo a passagem de plantão, solicita informações acerca de determinado médico. A enfermeira informa-lhe que o mesmo ainda não se encontra presente e indica para que o aguarde um pouco mais. (...) Mais outra pessoa interrompe e solicita informações sobre um outro médico, sendo orientada pela enfermeira a aguardar, pois ele encontrava-se em visita a uma determinada enfermaria... **Data:** 26.05.97; **Turno:** Manhã.

Nestas situações apresentadas, pode-se perceber como a atuação do enfermeiro constitui-se num recurso, intensiva e extensivamente utilizado, tanto

pelos seus auxiliares como pelos demais profissionais de um determinado local de trabalho ou mesmo de fora dele; pelos próprios pacientes e, até mesmo, por ex-pacientes, familiares ou visitantes. O enfermeiro detém, praticamente, o monopólio do conjunto de todas as informações das dinâmicas do ambiente e do trabalho, no microespaço onde exerce suas funções, e os demais parecem ter consciência e, de certo modo, tiram proveito desse fato.

Por sua vez, a solicitude do enfermeiro em prestar as informações que lhe são solicitadas e que poderiam ser encontradas em diversas fontes (prontuário do paciente, livro de registro de ocorrências, quadros de avisos, dentre outros), cada vez mais, serve de reforço para que estas condutas sejam preservadas. Esta forma solícita de atuação do enfermeiro lhe confere a possibilidade não só do exercício do controle, mas, também e principalmente, do exercício de um certo tipo de poder que decorre dos laços de dependência que se criam.

A solicitude parece, assim, que se constitui numa forma de estabelecer e reforçar relações nas quais os demais tornam-se dependentes em relação ao enfermeiro¹ e ao exercício do seu poder de deter informações e poder transmiti-las ou não, embora, muitas vezes, tornando-o muito mais vulnerável a deixar-se explorar, ao adotar uma postura aparentemente servil e submissa, como bem se pode constatar, na seguinte passagem:

¹ Observei que, em setores ou unidades em que não há o profissional enfermeiro, mas apenas a figura do enfermeiro supervisor, esse papel costuma ser desempenhado pelos auxiliares de enfermagem do local que, para melhor poderem prestar informações ao médico, sempre e quando este as solicitar, podem vir a assumir os cuidados de pacientes em função dos respectivos médicos assistentes, independentemente das enfermarias em que estes pacientes encontrem-se internados, muitas vezes, em detrimento da própria operacionalidade do serviço, e apesar do maior desgaste físico decorrente de um maior gasto de energia com os constantes deslocamentos.

... uma médica residente, na sala de prescrições, chama pela enfermeira. A enfermeira sai do posto de enfermagem, contíguo à sala de prescrições, e vai ter com a médica que a chamara. Esta quer informações e esclarecimentos acerca de determinada criança que consultara em Porto Alegre. (...) A seguir, a enfermeira dirige-se à uma enfermaria e esclarece com a mãe da criança acerca das dúvidas que a médica residente manifestara. Sai da enfermaria, retoma ao posto de enfermagem e aproxima-se da médica residente, presente no posto de enfermagem naquele momento, prestando as devidas informações e esclarecimentos que obtivera junto à mãe da criança. Data: 14.07.97; Turno: Noite.

Como se pode perceber, funcionar como uma central de informações tem seu preço. E o tributo que o enfermeiro tem de pagar é bastante alto. No caso da informação, qualquer desconhecimento de algum fato pode ser considerado pelos outros como incompetência do enfermeiro e/ou gerador de sensações de insegurança e de perda do controle pelo próprio profissional. Daí, sua obsessão pela informação, sua contínua e ávida busca, seu constante investimento na atualização para poder saber mais e, desse modo, poder melhor informar e, assim, consolidar sua posição de “central de informações”.

Dos recursos colocados à disposição para serem utilizados nesse processo de contínuo movimento de aquisição e troca de informações, o telefone constitui-se num acessório que tanto pode abreviar o tempo e facilitar a realização do trabalho como pode tornar-se um impecilho à sua realização, pela possibilidade que encerra de interromper e impedir a realização de um trabalho contínuo, como pode ser percebido pela situação a seguir:

... o telefone toca, a secretária atende e pergunta para a enfermeira se tem algum exame para o laboratório e ela informa que não. (...) o telefone toca e a secretária atende. Pergunta para a enfermeira se o acompanhante de determinado paciente pode ser chamado e a enfermeira permite. (...) O telefone toca, a enfermeira atende, fala alguma coisa concordando e desliga. (...) O telefone toca novamente, mas a enfermeira mantém-se, por algum tempo ainda, consultando o quadro resumo e, somente após, atende. Fala alguma coisa, solta o telefone, sai e vai comunicar à servente que a estão chamando ao telefone. (...) Retorna ao posto de enfermagem e

*atende o telefone, presta algumas informações e desliga. (...) Nesse meio tempo, toca o telefone e a enfermeira atende, desligando logo em seguida. (...) O telefone toca novamente e uma auxiliar de enfermagem atende. É para a enfermeira. Alguém quer lhe cumprimentar. Após alguns minutos de fala descontraída, a enfermeira desliga. (...) A seguir, pega o telefone e comunica-se com uma médica para informar que determinada paciente está com hipertermia e não tem nenhum antitérmico prescrito. (...) ... o telefone toca, a enfermeira atende e presta as informações solicitadas acerca de determinado paciente... (...) Nesse meio tempo, o telefone toca, a enfermeira atende, falando durante algum tempo. (...) O telefone toca e a enfermeira atende. É para a copeira. A enfermeira vai até à copa (esta unidade é em L, sendo que o posto de enfermagem está localizado no extremo oposto à copa, distando cerca de 50 m um do outro) , comunica à copeira e retorna ao posto de enfermagem, retomando o que estava fazendo. Após, o telefone toca novamente, a enfermeira atende, presta as informações solicitadas e desliga. (...) A seguir, o telefone toca, a enfermeira atende e sai do posto de enfermagem para comunicar à servente da limpeza que está sendo chamada. (...) A seguir, toca o telefone e a enfermeira atende. É para a copeira. A enfermeira desloca-se até à copa e comunica para a copeira que está sendo chamada. Ao entrar novamente no posto de enfermagem, comenta: **“tem que ser providenciada uma extensão urgentemente para a copa, devido aos incômodos que acarreta à enfermagem”**. Data: 11.07.97; Turno: Manhã.*

Desse modo, o telefone pode ser tanto sinônimo de agilidade como de descontinuidade. Esta última parece ser a conotação mais freqüentemente atribuída pelo enfermeiro a este aparato, como bem ilustra o seguinte comentário realizado por uma enfermeira:

*Em alusão às constantes chamadas telefônicas que atendera, desde a passagem do plantão, a enfermeira comenta que o telefone a impede de trabalhar. (...) **“Às onze e meia o secretário sai para almoçar e retorna somente à uma e meia. A partir de sua saída, é um inferno, pois atender o telefone fica como nossa atribuição e contribui para atrapalhar a realização do trabalho. Quando não tem secretário, a todo o momento o trabalho é interrompido”**. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.*

Um aspecto interessante que cabe destacar é que, apesar dessa percepção/queixa verbalizada por essa enfermeira, mesmo quando da presença do secretário, não raro, verifica-se que o pessoal de enfermagem e, preferentemente, a própria enfermeira, quando presentes no posto de

enfermagem, são os profissionais que, costumeiramente, o atendem. Essa prática também foi observada em outros setores ou unidades dos diferentes hospitais. Por sua vez, mesmo quando o secretário atende o telefone, não raro, solicita que a enfermeira preste as informações solicitadas para que ele possa informar ou, até mesmo, passa o telefone para a enfermeira prestar as informações, como tão bem ilustra o seguinte fragmento das anotações de campo:

No posto de enfermagem, a enfermeira sentada à escrivaninha preenche o senso diário. O telefone toca, a ligação está praticamente inaudível e o secretário, prontamente, passa o telefone e solicita para que a enfermeira atenda. A enfermeira fala alto ao telefone. Consegue ouvir com dificuldade e, após, transfere a ligação para a UTI Neonatológica, pois um pai queria notícias do filho internado lá. A enfermeira comenta, em tom jocoso: “quando a ligação está ruim, já passam a ligação diretamente pra mim. Até parece que enfermeira tem ouvido biônico”. (...) O telefone toca, a enfermeira atende e passa para o secretário. (...) O telefone toca. Os médicos residentes presentes no posto de enfermagem retiram-se. A enfermeira deixa o que estava fazendo, levanta-se e atende o telefone... Data: 16.06.97; Turno: Manhã.

Este relato também serve para caracterizar como o enfermeiro pode ser percebido como alguém capaz de resolver os diferentes problemas que se apresentem e atuar como um facilitador do trabalho para os demais. Talvez, em decorrência da jornada de trabalho dos secretários de unidade ser diferenciada da jornada de trabalho da enfermagem (das 8 horas da manhã às 11 horas e 30 minutos e das 13 horas e 30 minutos até às 17 horas e 30 minutos, de segunda a sexta-feira) e, muitas vezes, secretariando mais de uma unidade ou, até mesmo, inexistindo sua figura em algumas delas, nos diferentes hospitais, como foi observado, o pessoal de enfermagem, pelas características de estar, geralmente, em maior número e de ser quem maior tempo permanece neste local, incumbe-se de tal função.

É flagrante a intolerância que o pessoal da enfermagem, em geral, demonstra em deixar alguém à espera, no aguardo de algum tipo de atendimento, mesmo que seja ao telefone, atendendo-o, praticamente, ao primeiro sinal, antecipando-se, muitas vezes, ao secretário, mesmo em sua presença. Também é flagrante como, principalmente os médicos, não raro, percebem-se como não tendo muito a ver com as coisas relativas ao ambiente do trabalho, limitando-se, quase que exclusivamente, ao seu desempenho como técnico e às coisas que dizem respeito ao primordial de suas atribuições: diagnosticar, prescrever e, quem sabe, intervir durante a realização de algum procedimento de sua competência técnica exclusiva e legal, junto aos pacientes que estão sob sua responsabilidade clínica, mobilizando, muitas vezes, quase todo o escasso pessoal de enfermagem, cada vez que isso acontece.

Com base nas observações realizadas, não só durante o desenvolvimento dessa pesquisa, mas acrescidas das observações feitas ao longo de meus anos de prática profissional e dos conhecimentos adquiridos durante a realização de meus estudos de mestrado em administração, acredito que possa afirmar que a convergência das informações oportuniza ao enfermeiro ter uma visão mais global da dinâmica do trabalho assistencial, quando em comparação aos demais profissionais. Este, talvez, seja o traço mais característico e necessário do trabalho gerencial do enfermeiro.

Porém, somente deter as informações não é o que garante tal atributo, mas o fato de, munido do arsenal tecnológico e de determinados saberes da área da saúde e áreas afins, poder selecionar e estabelecer prioridades no repasse das informações que considera necessárias às tomadas de decisão, por parte dos demais profissionais. Ou seja, muitas vezes, ao mesmo tempo em

que o enfermeiro presta algum tipo de informação aos demais profissionais, direciona suas ações, determinando o que deles é esperado ser executado, em atenção às demandas do trabalho assistencial.

Os fragmentos das anotações de campo, com algumas de suas expressões sublinhadas para melhor destacar as palavras de ordem, a seguir, procuram ilustrar esta característica do trabalho gerencial do enfermeiro:

A enfermeira comunica o ocorrido (drenagem espontânea de líquido do abdômem de um paciente com ascite, pela hérnia umbilical) e as providências tomadas e solicita ao médico residente que avali as condições do paciente, argumentando que este já havia perdido grande quantidade de líquido de ascite e que, no dia anterior, já havia se submetido à paracentese. (...) Realiza uma ligação telefônica e comunica à nutricionista que determinado paciente diabético teria alta hospitalar no dia seguinte e solicita que compareça à unidade para prestar as orientações necessárias sobre a dieta. (...) Ao ingressar no posto de enfermagem, um médico residente vem em sua direção e lhe presta esclarecimentos acerca da alta hospitalar de determinado paciente. A enfermeira solicita que ele deixe prescrito um analgésico para o paciente, prevenindo, assim, o agravamento do sintoma. Solicita, também, que antes de dar a alta, que seja avisada com antecedência para poder acionar a assistente social, uma vez que o paciente é sozinho, para que, desse modo, possa ser buscado por alguém. (...) A enfermeira telefona para a psicóloga, perguntando-lhe se ela já havia falado com os familiares de determinado paciente que estava apresentando idéias suicidas, para ver se alguém da família poderia vir ao hospital e permanecer junto a ele. (...) Após, telefona para o plantão médico, informando que querem internar uma paciente com TBC ativa, mas que não tem condições para aceitá-la, pois, no momento, a unidade não dispõe de enfermaria apropriada para instalar um isolamento. Solicita para que ele posicione-se contrário à internação. Desligando o telefone, faz o seguinte comentário: “eu não vou me desgastar. Eles que resolvam entre eles”. Data: 21.05.97; Turno: Tarde.

5.5.3 - A ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE ASSISTENCIAL: UM TRABALHO DE SÍFIFO?

Há determinadas características ainda presentes no trabalho atual da enfermagem, mais especificamente na organização do ambiente assistencial, que o mostram como um trabalho dotado de um eterno recomeço, semelhante

ao trabalho doméstico: quase sempre repetindo-se de maneira regular e uniforme, ao longo das vinte e quatro horas do dia e que, embora com um fim momentâneo a cada troca de turno, seguramente manterá esse mesmo padrão, durante quase todo seu transcurso. Desse modo, por analogia ao mito grego, pode constituir-se numa aproximação a um trabalho de Sísifo.

Muitas foram as situações observadas que dão mostras de serem os profissionais de enfermagem, especialmente os enfermeiros, se presentes, os principais responsáveis pela organização do ambiente assistencial, ou seja, responsáveis por sua **funcionalidade, segurança, limpeza e higiene**. Sustentam sua incessante e constante **manutenção**, expressas pelos obstinados e intermináveis movimentos de reposição material e disponibilidade humana e técnica, para viabilizar os cuidados que compõem a assistência global.

As situações a seguir apresentadas ilustram as formas de atuação dos enfermeiros mais comumente evidenciadas, quando buscam atender às exigências a que se submetem e se impõem para melhor cumprir o exercício desta função preferencial, por se perceberem como os principais responsáveis pela organização do ambiente assistencial.

... a enfermeira ajuda a auxiliar de enfermagem a estacionar uma maca vazia, no respectivo local destinado para esse fim. (...) ... pergunta para um dos auxiliares de enfermagem sobre as macas e as cadeiras de roda e ele informa que todas encontram-se estacionadas no respectivo local. Data: 28.05.97; Turno: Tarde.

... a enfermeira solicita a um dos auxiliares de enfermagem (que a acompanhara na condução do paciente do centro cirúrgico ao leito) que coloque a maca no local de destino habitual. Retorna ao posto de enfermagem, sai, entra na rouparia, sai com uma muda de lençóis e põe-se a arrumar a maca. (...) A seguir, pega a maca e acompanhada por um auxiliar de enfermagem dirige-se ao centro cirúrgico. Após algum tempo, retomam à unidade conduzindo um

paciente na maca. Dirigem-se à uma enfermaria, deslocam uma das camas, afastando-a da parede para poder movimentar o paciente com maior facilidade e segurança. Transferem o paciente da maca para o leito, posicionando-o e arrumando as cobertas. A seguir, a enfermeira avalia o funcionamento dos drenos, da sonda e do soro, bem como das condições de funcionamento da lavagem contínua da bexiga. Sai, dirige-se ao posto de enfermagem, sai novamente, vai à rouparia, pega uma muda de lençóis e prepara a maca, deixando-a pronta e disponível para um possível futuro uso, conduzindo-a até o local de sua usual permanência. Data: 11.07.97; Turno: Manhã.

Nestas situações transcritas, a preocupação com a **funcionalidade** pode ser observada pela organização do ambiente, em relação às instalações e disposição espacial dos equipamentos, tendo em vista potencializar, ao máximo, sua operacionalidade. Na situação a seguir, pode ser percebida a exacerbação de algumas condutas do enfermeiro, a meu ver, decorrentes da excessiva preocupação em manter o serviço funcionando, mesmo que para isso tenha que se empenhar para muito além da especificidade do seu fazer característico, para muito além dos interesses próprios da enfermagem, porém, sob a ótica guattariana, para onde o desejo lhe predetermina o lugar. Esta determinação inclui também o provimento de espaços para o trabalho de outros profissionais.

A enfermeira adentra nas instalações do ambulatório. Nem bem cumprimenta os presentes e já é logo comunicada sobre a interdição de determinado consultório. Fora ocupado para a guarda do equipamento de ergometria, de propriedade de professores de cardiologia que pretendem implantar este serviço privado no hospital, porém ainda sem um contrato em bases bem estabelecidas. A seguir, comparece à coordenação de enfermagem e comunica o ocorrido. Informa não dispor de outro consultório e alerta que esse fato ocasionara o desalojamento de um médico para o qual já estavam agendadas as consultas. Retorna sem nenhuma solução indicada. (...) ... sua colega da tarde, que se encontra cobrindo a folga da enfermeira do Serviço de Pronto Atendimento, aproxima-se e estabelecem uma conversa, indignadas com o ocorrido, agravado pelo fato da chave desse consultório ter ficado de posse e guarda da direção, não podendo nem mesmo ser aberto. (...) ... é informada pela colega que haviam trazido a chave do consultório interditado, mas que não sabiam onde poderiam ser colocados os equipamentos ali armazenados. A seguir, dirigem-se ao consultório,

abrem a porta, adentram no recinto, fazem uma espécie de reconhecimento do local, estabelecem uma breve conversação e põem-se a fazer uma redistribuição dos móveis e equipamentos de uma forma mais funcional para, desse modo, poder ser utilizado tanto como consultório quanto para que os equipamentos possam permanecer para a demonstração e realização dos exames específicos da prática cardiológica e seu ensino. Data: 24.06.97; Turno: Manhã.

Além de externalizar o comprometimento e demonstrar o desenvolvido senso de responsabilidade dos profissionais de enfermagem, esta situação descrita parece ilustrar que muitas dessas atitudes, embora aparentemente indicadoras de extrema racionalidade, revestem-se de uma irracionalidade desproporcionada: desempenhar um trabalho inerente à administração superior. A meu ver, essas enfermeiras extrapolam sua competência técnica, ao assumirem as obrigações de resolução de problemas oriundos de decisões inconseqüentes, tomadas por membros da direção e por outros profissionais que, como nesse caso, comprometeriam a realização do trabalho assistencial. Só não o foi porque, antecipando-se à sua ocorrência, as enfermeiras buscaram encontrar uma forma de resolução, ainda que paliativa, talvez apenas provisória, mas quem sabe, podendo até vir a se tornar permanente.

Dessa forma, com sua obstinada intervenção direta, puderam ser evitados tanto os prováveis conflitos que a interdição do consultório geraria com o médico - o qual muito possivelmente mostrar-se-ia "aborrecido" e "impaciente", como muitas vezes acontece, suspendendo prontamente as consultas (a exemplo dos demais atos que, em diferentes situações e locais, são suspensos quando esse profissional julga não ter à sua disposição as condições necessárias para poder realizá-los ou pela alegação de diversos outros motivos) - quanto os possíveis prejuízos que a suspensão das consultas acarretaria aos pacientes.

Mesmo que louvável, essa obstinação e esse comprometimento, embora evitem a emergência das conseqüências dos problemas originados de tais atos, não impedem que acontecimentos de mesma natureza continuem a ocorrer. Para sua resolução continua a bastar “apenas” uma obstinada intervenção direta, com características de provisoriedade, de improvisação e quase neurótica organização do trabalho.

Ao antecipar-se aos problemas decorrentes de atos inconseqüentes de outros profissionais e de outras esferas de competência, o enfermeiro parece atuar como um “apagador de incêndios”, mobilizando e canalizando sua energias aos primeiros sinais de fumaça, antecipando-se ao surgimento do fogo. Desse modo, extrapola suas funções, ao assumir e incumbir-se, o mais rápido possível, da resolução de problemas que escapam da órbita de suas reais atribuições (embora, como se possa ver, detenha capacidade para isso). O enfermeiro, ao adotar essa conduta de dar maior prioridade à resolução de todos os problemas referentes à assistência de saúde, parece que o faz em detrimento da resolução de problemas afetos à sua própria esfera de competência técnica e legal. É possível que o maior de todos os seus problemas seja esta frouxa delimitação entre o que se refere ao cuidado e conforto e o que se refere a outros trabalhos que formam a rede assistencial.

Esse prolongamento de seus braços e pernas, que a tudo abraça, parece nortear, principalmente, as ações dos enfermeiros. Assim, a ausência de conseqüências, antecipadamente eliminadas, gera uma invisibilidade do seu trabalho; dessa forma, oculta-se sua existência, negligencia-se sua importância e, desse modo, escamoteia-se e mantém-se virtuais aqueles problemas que, parece, dão origem a grande parte do sofrimento e desgaste dos trabalhadores

da enfermagem. Acredito que sejam, inclusive, responsáveis, muitas vezes, pelas impossibilidades em realizar aspectos de maior relevância no seu próprio trabalho.

Os fragmentos das anotações de campo, a seguir transcritos, ilustram a constante preocupação com as condições de **segurança**, no sentido de disporem dos recursos materiais necessários às situações consideradas como de maior urgência ou que se configurem como imprevistos, não podendo ser proteladas pelos possíveis riscos que sua indisponibilidade poderia acarretar aos pacientes.

... a enfermeira vai até a sala da enfermagem, aproxima-se do balcão, abre a gaveta e tira o laringoscópio e as pilhas, monta o aparelho, testa seu funcionamento, desmonta-o e guarda-o, novamente, na gaveta. A seguir, sai e retoma ao saguão central. Data: 25.06.97; Turno: tarde.

*A enfermeira revisa a gaveta dos medicamentos e pergunta à auxiliar de enfermagem presente: “**falta algum material ou medicamento para repor no carro de urgências?**”, recebendo, como resposta “**ah! eu posso dar uma conferida**”. Data: 27.05.97; Turno: tarde.*

Como se pode perceber no que foi transcrito acima, mas principalmente nos trechos que serão apresentados a seguir, esse controle não se dá em momentos predeterminados, mas a todo momento, numa demonstração de uma constante e eterna vigilância, seja durante a realização de procedimentos assistenciais, seja durante seus deslocamentos de um lugar a outro, enfim, nas mais diversas e variadas situações vividas no cotidiano do trabalho.

A enfermeira examina com maior atenção as condições de um paciente mais grave, posiciona-o com o uso de travesseiros, observa o gotejamento e condições de infusão do soro. Recomenda a uma auxiliar de enfermagem, que se fizera presente naquele momento, que remova o torpedo de oxigênio que se encontra fora de uso naquela enfermaria e que o coloque no devido lugar, para saberem que se encontra disponível para uma eventual futura utilização. Ao se deslocar para outra enfermaria, remove do corredor e conduz o

carro de urgências que fora deixado próximo à enfermaria de um paciente mais grave e que veio a falecer para, se necessário, ser encontrado no lugar habitual. Data: 21.05.97; Turno: tarde.

[Logo no início do turno] a enfermeira sai do posto de enfermagem, acende a luz do corredor, segue em direção ao berçário. Antes de ingressar em suas instalações, pára, aproxima-se do torpedo de oxigênio utilizado nos casos de ser necessário o transporte de algum paciente, verifica sua pressão e o estado de funcionamento da válvula. A seguir, emite o seguinte comentário: “felizmente, depois das reformas, todos os leitos da pediatria e do berçário dispõem de oxigênio, ar comprimido e aspirador, mas o torpedo deve estar sempre pronto para o caso de necessidade”. (...) [Pouco antes do término do turno e da passagem de plantão] ... preenche um pedido de reposição do torpedo de oxigênio destinado para casos de necessidade do transporte de pacientes, que revisara no início da tarde, para ser encaminhado pela enfermeira da manhã. Data: 29.05.97; Turno: tarde.

A exemplo das preocupações com as condições de funcionalidade e segurança para a realização do trabalho assistencial, a manutenção das condições de **limpeza e higiene** das instalações do ambiente do cuidado é preocupação constante na atuação dos trabalhadores da enfermagem em geral e do enfermeiro em particular. Constitui-se numa conduta que se caracteriza como uma importante marca de sua forma de atuação.

As situações apresentadas a seguir reforçam a característica de que, não só durante os momentos destinados à assistência direta, mas principalmente durante os constantes deslocamentos, em suas contínuas idas e vindas aos mais diferentes redutos, o enfermeiro faz uso de um olhar atento, em busca de problemas que devam ser solucionados. Desse modo, procura garantir, manter e conquistar condições de higiene e limpeza, nem sempre passíveis de serem concretizadas prontamente, a não ser que, muitas vezes, sejam por ele mesmo feitas, como exemplificam alguns trechos dos fragmentos das anotações de campo transcritos a seguir.

Numa de suas idas e vindas ao posto de enfermagem, a enfermeira, percebendo a lixeira transbordando e o lixo caído ao seu redor, recomenda a uma auxiliar de enfermagem: “vê se localiza a servente e pede para ela fazer a retirada do lixo. Esse chão está uma sujeira”. Data: 23.05.97; Turno: Tarde.

... a enfermeira comunica a uma auxiliar de enfermagem: “vou ver se encontro alguém da limpeza. O ambulatório está que é pura areia”. Ouve, por parte da auxiliar de enfermagem, o seguinte comentário: “esse tipo de funcionário, aqui no hospital, é raridade. Não vai ser fácil encontrar”. A enfermeira sai e, após alguns minutos, retoma sozinha por não ter encontrado ninguém da limpeza. (...) ... a servente de limpeza aproxima-se e a enfermeira solicita que faça a limpeza de determinado consultório e corredor, mas recomenda que o faça somente após a saída das pessoas presentes ao serviço. Data: 24.06.97; Turno: Manhã.

Nesse ínterim, a enfermeira aproxima-se de outro paciente e este lhe faz ver que o soro está infiltrando. A enfermeira examina o local, confirma a queixa, interrompe o gotejamento do soro e, antes de sair, pega o “papagaio”, dirige-se ao expurgo, mede e despreza seu conteúdo, lava-o e, a seguir, aproxima-se do leito do paciente e coloca-o em local acessível para um futuro uso. Pega a prancheta mantida aos pés da cama e anota o volume de urina medido, na folha de controles. (...) Após uma conversa descontraída, da qual participam auxiliares de enfermagem, estagiários de medicina e enfermeira, preparam-se para a passagem de plantão. A enfermeira sai da sala da enfermagem e retorna com uma vassoura e varre o local para deixar limpo para o pessoal que os vêm substituir. Data: 25.06.97; Turno: Tarde.

Muitos outros fragmentos das anotações de campo de igual teor poderiam, aqui, ser transcritos para caracterizar condutas observadas nos profissionais da enfermagem em relação a estes aspectos. Mais explicitamente, na última transcrição, também dá para se perceber como algumas das premissas tradicionais incorporadas ao pensamento nightingaleano continuam pautando esse e outros fazeres já apresentados e ainda por apresentar. A meu ver, continuam direcionando e dando justificativas para a evidenciação de tais tipos de condutas, principalmente quando Florence Nightingale, dando mostras das fortes convicções que detinha a respeito daqueles que apresentam a real vocação para a enfermagem, afirmava que

se a enfermeira se nega a prestar esse tipo de serviço a seu paciente “porque não é sua obrigação”, eu diria que a enfermagem não é sua vocação. (...) Estou longe de desejar que as enfermeiras façam faxina. É desperdício de capacidade (...), porém, (...) o bem-estar de seus doentes está em primeiro lugar, vindo depois as considerações sobre sua “verdadeira atribuição”. As enfermeiras que esperam que a empregada ou faxineira venham fazer esse trabalho, enquanto seus pacientes sofrem desconforto, não possuem em si mesmas a essência da enfermagem (Nightingale, 1989, p. 29).

Contudo, essa preocupação com a limpeza e higiene do ambiente parece não ser algo prioritário para a direção, como pode ser percebido pelo teor do trecho das anotações de campo, a seguir transcrito. Saliente-se que as denúncias sobre infecção hospitalar estão a exigir um redirecionamento das prioridades, tanto para a alocação de recursos, como para os cortes dos custos na assistência de saúde.

*A enfermeira faz uma ligação telefônica e solicita que seja localizada determinada pessoa. A seguir, o sistema de alto falantes, recentemente instalado em todo o hospital, é acionado e essa pessoa tem seu nome divulgado, sendo indicado o número do ramal para o qual deve ligar. Logo a seguir, o telefone toca. A enfermeira atende e solicita ao seu interlocutor que seja providenciado papel toalha para a unidade. Após um breve diálogo, despede-se e desliga. Comenta com a auxiliar de enfermagem presente no posto de enfermagem: **“o hospital cortou as verbas para a compra de papel toalha, agora só vamos ter até...”**, sendo, nesse exato momento, interrompida por uma chamada telefônica. (...) Antes de sair do posto de enfermagem, a enfermeira fala com a servente que entrara para limpar o local para que, **“se possível, não esquece de providenciar papel toalha para a unidade”**. Data: 29.05.97; Turno: Tarde.*

O corte de verbas para a compra de papel toalha, necessário à prática de lavagem das mãos - não apenas como uma mera medida higiênica para mantê-las limpas e para maior conforto e bem-estar do trabalhador, mas comprovadamente como uma das medidas mais eficientes e eficazes e, até mesmo, mais essencial para a prevenção de infecções hospitalares -, está acontecendo nesse hospital, num momento de pleno desenvolvimento do

Programa de Qualidade Total, com propostas inovadoras de modernização de suas instalações e equipamentos, de melhoria da qualidade e da ampliação de seus serviços, dentre outras. Esse é apenas um dos exemplos do que, na maioria das vezes, parece estar acontecendo em relação ao tratamento dado pelas administrações, no tocante à disponibilidade dos recursos para a realização das atividades-fim, ou seja, para a concretização do ato assistencial propriamente dito.

Durante os dias de observação, principalmente nos turnos matutino e vespertino, o sistema de alto-falantes encontrava-se continuamente em operação, com mensagens acerca do programa de qualidade total, com recomendações e convites ao constante engajamento de todos para sua concretização. Pude constatar também, além da instalação de circuito interno de televisão (pronto socorro, portarias, ponto, e, provavelmente em lugares que não pude observar) a existência de muitas flâmulas e cartazes afixados nos corredores e em pontos estratégicos, anunciando ser este um hospital cuja preocupação não se restringia apenas à saúde, mas à saúde com qualidade de vida, para uma vida com qualidade.

A exemplo das flâmulas e cartazes de esmerada confecção, também havia um anúncio em letras garrafais, no local que estava sofrendo reformas para esse fim, da inauguração prevista do serviço de tomografia helicoidal, numa alusão a um dos mais recentes, modernos e sofisticados métodos diagnósticos com que a clientela seria brindada, talvez como demonstração do descomunal esforço que estava sendo empreendido para conquista e oferta de maior qualidade de seus serviços. **Enquanto isso, a compra do papel toalha estava sofrendo cortes para reduzir custos.**

Em relação às prioridades da administração, na pesquisa realizada para a elaboração de minha dissertação de mestrado, já havia ficado bem estabelecido que aquilo que a direção preferentemente prioriza tem muito mais a ver com a saúde financeira da instituição do que com a saúde e segurança dos clientes e dos seus próprios trabalhadores. Em outras palavras, é negligenciada a compra do prioritário para viabilizar a realização do trabalho assistencial e que pode repercutir negativamente tanto nas condições de recuperação do paciente como no próprio tratamento, dificultando-os e, muitas vezes, inviabilizando-os.

O relato de uma enfermeira denota a preocupação existente em poder contar com condições e meios seguros, considerados necessários para a realização do trabalho assistencial, especialmente em situações emergenciais. A análise do conteúdo de seu relato revela seu comprometimento com o trabalho, sua preocupação em manter seu pessoal atualizado e treinado e o ambiente do cuidado organizado, de modo a poder dispor dos recursos mínimos para agir em possíveis eventualidades.

Porém, a exemplo de Sísifo, que só consegue pensar na pedra que tem que conduzir ao cume, por conseguinte exigindo sua total atenção, a enfermeira nessa empreitada parece não ter compartilhado com os demais o descomunal esforço empreendido para obter condições adequadas para a realização do trabalho assistencial. Ao não buscar aliados para a conquista daquilo que considera essencial, trava sua luta solitariamente, independentemente da presença ou ausência de expectadores. Sempre que age assim, porta-se como Sísifo: não repara em mais nada, a não ser na pedra e no penhasco (Kast, 1997). Esse isolamento vivenciado na internalidade da profissão delimita um

quadro de atomização social que pode convergir para o aniquilamento de sua potência para o exercício das atividades de cunho assistencial associadas ao cuidado direto (Ferraz, 1995).

A enfermeira comenta acerca de alguns cartazes afixados nas paredes do posto de enfermagem e na sala de curativos: “eu fiz, há algum tempo atrás, esses cartazes com as orientações sobre os materiais necessários para realizar alguns procedimentos e descrevendo como fazer certas coisas para eles consultarem, de vez em quando... porque, às vezes, podem ter esquecido, nunca fizeram ou não sabem... Também montei um carro de urgências para a pediatria. Consegui depois de muito trabalho. Fiz várias solicitações para a administração, quase todos os dias, durante mais de três anos. Agora, há cerca de cinco meses atrás, conseguimos...”. (...) A seguir, entra no posto de enfermagem e retorna com uma chave. Segue em direção ao final do corredor, aproxima-se de uma sala, abre a porta e mostra-me seu interior. Comenta que esta sala fora criada para servir à recreação das crianças internadas, mas que não dispunha de uma recreacionista nem de pessoal suficiente para permanecer junto às crianças. A sala, repleta de brinquedos e jogos infantis, com mesinhas e cadeirinhas, fora montada com doações de determinadas instituições de benemerência, “mas por não poder ficar ninguém cuidando, os brinquedos estavam sendo levados para casa pelas mães, durante as visitas, mesmo a criança ainda permanecendo internada. Então, daí o que foi feito é que, agora, está sendo mantida fechada e as crianças não podem vir brincar aqui. Realmente é lastimável, é triste... É uma pena, mas...”. A seguir, sai, chaveia a porta e dirige-se ao posto de enfermagem para guardar a chave. Data: 29.05.97; Turno: tarde.

Este fragmento transcrito revela, também, a pouca ênfase e até o grande descaso que a administração parece conferir aos aspectos concernentes às condições mínimas para a realização do trabalho assistencial, não apenas em relação ao lazer que poderia ser proporcionado às crianças internadas, favorecendo assim aspectos de sua socialização e de sua recuperação, mas em relação às próprias condições e meios de trabalho seguros e indispensáveis.

Como se pode perceber, há o estabelecimento de prioridades pela administração, porém: na reforma das instalações e ampliação de serviços

especializados; na aquisição de aparelhos e instrumentos mais modernos e sofisticados, para uma maior facilidade e precisão diagnósticas, em detrimento de maior precisão, facilidade e segurança no desempenho dos procedimentos de tratamento e dos cuidados em geral. Isso pode ser constatado, ao não serem priorizadas tanto a aquisição de recursos materiais básicos necessários à implementação da assistência, quanto à contratação e manutenção de uma força de trabalho quantitativa e qualitativamente suficiente para tal. (Lunardi Filho, 1995).

Para ilustrar essa última análise, trago situações de setores pediátricos. No caso de hospitalização infantil, exceção feita às unidades de tratamento intensivo, é facultada à criança hospitalizada a permanência, junto a ela, de um dos pais ou familiar próximo, durante todo o período de sua internação hospitalar. As justificativas de permanência, geralmente da mãe junto ao filho, continuam tendo por objetivo assegurar uma hospitalização com conseqüências menos traumáticas para ambos.

Porém, em decorrência da lógica de apropriação capitalista - na qual a expropriação do trabalho, mesmo no capitalismo avançado, é recurso fundamental - na saúde, principalmente os trabalhadores da enfermagem, encontram-se expropriados no seu limite. Onde buscar, então, maior disponibilidade de força de trabalho sem custo adicional? Na família.

Embora apresente um conteúdo moral, fundado na idéia de bem e de justiça, que se justifica pela possibilidade de acompanhamento que a norma faculta e, até mesmo, estabelece como sendo necessária sua participação no tratamento e recuperação da criança, por sua vez, oportuniza o exercício de um certo tipo de controle policaiesco sobre a família, inclusive tomando-a passível

de julgamento. Os fragmentos das anotações de campo apresentados a seguir ilustram estas assertivas.

*A enfermeira dirige-se à uma enfermaria. Entra e não encontra ninguém. Comenta que as mães devem estar com os filhos no espaço destinado à recreação e à televisão. A seguir, entra em outra enfermaria onde as mães encontram-se com os filhos ao colo. A enfermeira argui uma mãe acerca das condições da criança... (...) uma mãe encontra-se adormecida numa cadeira, próximo ao berço do filho que também dorme. A enfermeira chama a mãe e ao despertá-la, iniciam uma conversa acerca das condições da criança, terminando por lhe indicar que dê para a criança, antes de ficar totalmente fria, a mamadeira que fora deixada, há mais tempo, na mesa de cabeceira pelo serviço de nutrição. Antes de sair, a enfermeira pergunta: **“não tem ninguém que pode vir te substituir? Tu precisas dormir e descansar em casa”**. A mãe responde com uma negativa. A enfermeira, então, sai. No corredor, comenta comigo: **“eu fico com uma pena delas. Elas têm que ficar dia e noite e não tem nenhuma poltrona mais confortável... mas a gente não tem pessoal para a criança ficar sem a mãe...”**. Continuando a visita, a enfermeira entra em outra enfermaria. Recomenda a uma das mães para dar a mamadeira... Data: 29.05.97; Turno: tarde.*

*Nesse meio tempo, uma mãe solicita para sair, apesar de ainda não estar presente a acompanhante do dia. A enfermeira, antes de dar uma resposta afirmativa, dirige-se à sala de recreação e fala com a recreacionista para que a criança permaneça com ela, enquanto a irmã não se fizer presente. Ambas comentam acerca da criança e decidem que a mãe pode ser atendida em sua solicitação. (...) Nesse ínterim, uma criança aproxima-se da enfermeira e informa que determinada mãe está chamando para que seu filho seja pesado. Já terminara de dar o banho. A enfermeira a acompanha, entra na enfermaria, pesa a criança e anota o peso da criança na folha de controles, mantida junto ao berço. Comenta comigo: **“qualquer um pode pesar a criança, mas para não perder tempo designando alguém, eu mesmo faço sempre que posso...”**. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.*

A enfermeira é informada de que uma mãe ausentara-se sem comunicá-la, deixando seu filho aos cuidados da mãe de outra criança internada. Esta via-se às voltas com a criança que não parava de chorar, desde a saída de sua mãe. (...) Após algum tempo, a enfermeira procura o número do Conselho Tutelar e solicita uma ligação. Ao atender o telefone, solicita para que esta mãe seja buscada em casa, fornecendo informações acerca do ocorrido, o nome dos pais e o endereço residencial. Após, desliga, retoma à escrivania e anota no livro de registro de ocorrências. Data: 14.07.97; Turno: Noite.

Assim, parece ter ocorrido uma transmutação: de um direito, a presença de um dos progenitores ou familiar próximo passa a ser uma condição quase que obrigatória. Desse modo, parece estar servindo para atender, também, quem sabe, em muito maior medida, aos interesses da própria instituição. Caso os acompanhantes não estivessem permanentemente presentes, demandaria a existência de maior contingente de trabalhadores de enfermagem contratados ou, muito mais provavelmente, uma maior sobreimplicação dos trabalhadores presentes, para substituí-los nas constantes tarefas de observação e realização daqueles cuidados costumeiramente prestados à criança, no domicílio: dar banho, trocar fraldas, alimentar, ninar, fazer dormir, dentre outros.

Por sua vez, seguramente, a preocupação com a **manutenção** das condições para a efetivação do trabalho assistencial foi um dos aspectos mais evidenciados na conduta do enfermeiro, em relação à organização do ambiente do cuidado, como pode servir para ilustrar, o trecho das anotações de campo a seguir apresentada.

*... a enfermeira retorna à sala de pré-parto, realiza a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, coloca a luva e realiza o toque vaginal. Constata dilatação incompleta. Dirigindo a palavra à paciente, faz uso de um tom de voz carinhoso e por meio do uso do diminutivo, dá mostras das intenções de mantê-la calma, prestando-lhe as seguintes orientações: **“deita de ladinho, é bom pro teu nenezinho, é bom pra tí. Isso vai te ajudar”**. A seguir, sai e dirige-se à sala de parto, liga o ar condicionado, arruma a mesa do parto, colocando uma muda de lençóis limpos, aproxima da mesa e ajusta o foco de luz, deixa à mão uma **“bandeja de parto”**... **Data:** 10.06.97; **Turno:** Manhã.*

Muitas também foram as situações observadas que denotam como as buscas e as lutas diárias pela manutenção das condições materiais, no tocante a instalações, equipamentos, instrumentos, produtos e demais artigos necessários para a realização da assistência, enfim, os meios de trabalho

propriamente ditos, consomem não só grande parte do seu tempo de trabalho, mas de sua energia física e mental.

Mesmo assim, dá para se perceber que situações aparentemente mais insólitas, mas que constantemente permeiam o fazer diário dos profissionais da enfermagem, contêm o espaço para o lúdico, para o deboche, para o riso, para a camaradagem, para o estabelecimento de relações menos hierárquicas, segundo a ótica guattariana, relações transversalizadas, como pode ser ilustrado pelo fragmento de minhas anotações de campo a seguir apresentado.

*A enfermeira, ao perceber no corredor a presença do funcionário da manutenção que está fazendo a troca de uma lâmpada queimada, faz um breve comentário acerca do assunto. (...) ... fala com o funcionário da manutenção sobre o entupimento da pia do posto de enfermagem e solicita que seja providenciado seu desentupimento o mais breve possível. (...) Nesse ínterim, o funcionário da manutenção comparece para desentupir a pia do posto de enfermagem. Vem munido de um torpedo de ar comprimido e um conjunto de mangueiras que são adaptadas para a realização desse trabalho. Porém, não consegue mantê-las conectadas, devido à pressão. Assim, uma auxiliar de enfermagem e a enfermeira o auxiliam a manter os tubos conectados uns aos outros, durante a realização do serviço, parecendo divertirem-se muito com a situação, ao manterem-se conversando, rindo, fazendo troça. Após completado o trabalho, o funcionário sai e a enfermeira põe-se a esvaziar o balcão da pia, retirando frascos de soro, ringer, etc., que se encontram indevidamente colocados e guardados naquele local. A enfermeira comenta que, anteriormente, eram colocados ali, fazendo o seguinte comentário: **“eu fiz algumas alterações, mas o pessoal sempre retorna ao hábito antigo. Seguidamente a gente tem que estar arrumando porque o pessoal esquece”**. Data: 10.06.97; Turno: Manhã.*

A situação apresentada é apenas uma das muitas situações nas quais o trabalho do enfermeiro parece assemelhar-se ao trabalho de um síndico, mantendo-se atento para detectar problemas nas instalações e equipamentos, de um modo geral: trocas de lâmpadas, desentupimentos de pias, consertos de telefones, de chuveiros, de esfigmomanômetros, de encubadoras, enfim, consertos disso, consertos daquilo, consertos, consertos e mais consertos...

Um trabalho que, além de implicar sua detecção, exige que seja comunicado e requisitado por escrito. Mesmo assim, não é sempre realizado na sua primeira solicitação, nem com a necessária eficácia. De fato, nem sempre é realizado.

... a enfermeira encontra o funcionário da manutenção no corredor da unidade e solicita: "dá uma olhadinha na lâmpada do posto? Está demorando a acender, fica piscando e tremendo o tempo todo. Eu acho que tem que ser trocada". (...) Ao encontrar a funcionária da lavanderia pede por toalhas, sendo informada de que não tem. Comenta comigo: "aqui, a falta de roupa é crônica...". (...) ... o funcionário da manutenção aproxima-se da enfermeira, solicita para que ela preencha a requisição para a troca da lâmpada do posto de enfermagem que solicitara verbalmente. (...) Nesse meio tempo, o funcionário da manutenção aproxima-se da enfermeira e solicita para que ela assine a requisição para que fique registrado que o serviço já fora feito. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.

Esta situação, bem como as que as antecederam e, provavelmente, as que as sucederem, ilustram a complexidade do trabalho diário da enfermagem pela interpenetração de atividades que o caracterizam, desse modo, como um trabalho constituído de descontinuidades, idas e vindas, um constante pegar e largar, um incessante correr atrás: a exemplo do trabalho de Sísifo, um eterno esforço de rolar a pedra cume acima, sempre pronta a rolar montanha abaixo, ao primeiro descuido, à primeira manifestação de cansaço.

Propositamente, nos fragmentos das anotações de campo transcritos, foram mantidas algumas condutas apresentadas pelas enfermeiras observadas para servirem de ilustração a essa marcante característica da interpenetração das atividades que desenvolvem, do entrecruzamento das funções que assumem, de uma intensa transmutação de um papel a outro: ora síndico, ora pedinte, ora mandante, ora auxiliar, ora enfermeiro...

Muitas também poderiam ser as situações apresentadas para caracterizar as contínuas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro e sua

equipe para garantir a manutenção das condições materiais para a realização do trabalho assistencial: verificar, organizar, controlar, repor, buscar, levar, enfim, uma série de ações que demonstram seu empenho, perseverança e obstinação em se desincumbir delas, como ilustrado abaixo.

A enfermeira entra no posto de enfermagem. Põe-se a abrir gavetas e portas dos balcões. Revisa a quantidade de diferentes materiais, medicamentos e demais artigos e instrumentos de que dispõe para uma possível utilização. (...) A enfermeira começa a arrumar o posto de enfermagem, abrindo gavetas e portas dos balcões, repondo o material, medicamentos e demais ampolas, anteriormente utilizados e repostos pela farmácia. (...) faz a limpeza e avaliação das condições e integridade do material de flebotomia. Confere sua constituição e monta a bandeja. Aproxima-se da pia e percebe que está entupida. (...) A seguir, retorna ao posto de enfermagem, abre os pacotes de curativo e retira de um deles uma tesoura pequena. Desfaz a bandeja de flebotomia e substitui a tesoura existente, pela menor. Refaz os pacotes e os reserva para serem esterilizados após. (...) ... enquanto isso, o pessoal de enfermagem concentra-se no posto de enfermagem arrumando, recolhendo o lixo disperso, lavando e secando os materiais utilizados, acondicionando e empacotando, trazendo e levando materiais. (...) ... a enfermeira vai ao encontro do auxiliar de enfermagem que retorna com uma nova leva de material que está sendo reposta em substituição ao que fora utilizado, para deixar pronto e disponível, agora, muito mais para o pessoal do turno seguinte. Todos os presentes se envolvem na organização do ambiente, limpando os balcões, a pia, armazenando materiais. A enfermeira confere os medicamentos de rotina utilizados e os repõem no respectivo lugar. (...) A seguir, a enfermeira pega uma cartela de seringa descartáveis, destaca-as uma a uma e coloca-as em determinada gaveta. Terminado esse trabalho, pega uma caixa de dentro de uma das gavetas de um dos balcões, abre sua tampa e começa a conferir a medicação controlada, verificando se alguma que tivesse sido utilizada já fora repostada, registrando em caderno destinado para esse fim sua quantidade e qualidade. Data: 28.05.97; Turno: Tarde.

Na tentativa de poder garantir a manutenção das condições para a realização do trabalho assistencial, o enfermeiro, muitas vezes, lança mão de algumas estratégias que visam, mesmo em sua ausência, garantir que algumas destas condições sejam preservadas, como serve para elucidar o fragmento das anotações de campo a seguir transcrito.

... a enfermeira comenta comigo: “... eu elaborei uma escala de serviço estabelecendo os dias de substituição das soluções em uso na sala de curativos e a de inspeção dos prazos de validade dos materiais esterilizados para o pessoal dos turnos do dia e outras atribuições para o pessoal das duas noites. O pessoal do noturno não cumpre a maioria das coisas agendadas. Acho que é por falta de continuidade e supervisão direta porque à noite não tem nenhuma enfermeira exclusiva na unidade, só a supervisora geral”. Data: 29.05.97; Turno: Tarde.

O conjunto das situações analisadas, aparentemente, dá conta de mostrar como essa preocupação com a organização do ambiente assistencial tem seu (re)começo muito antes do próprio início da sua jornada de trabalho e estende-se para muito além do seu término, como pode ilustrar a transcrição do seguinte fragmento das anotações de campo.

Logo após o término da passagem de plantão e início da jornada de trabalho, uma auxiliar de enfermagem de outra unidade de internação faz-se presente. A enfermeira a recebe com um sorriso e comenta comigo: “eu pedi pra... (enfermeira de outra unidade), ainda na portaria, antes de bater o ponto, se ela poderia me ceder uma funcionária porque, aqui, eu só estou com um, a outra auxiliar está em férias. Eu pedi na hora, verbalmente, sem comunicar à ... (chefe de enfermagem) porque ela não é favorável a esse tipo de acertos e, provavelmente, colocaria empecilhos e impedimentos”. (...) Nesse meio tempo, a enfermeira comenta que já fizera o pedido grande (soros, equipos, seringas, agulhas, esparadrapo, gazes, etc.), mas que ainda não tivera tempo de buscar. Complementa dizendo: “assim que for possível, eu vou buscar para deixar o material disponível para eles. São só duas auxiliares de enfermagem e, ainda por cima, uma está em férias e eu sou a única enfermeira da unidade e, à tarde, agora, só tem uma auxiliar. Eu já solicitei à administração mais pessoal, mas disseram que, assim como está, dá para realizar o trabalho... então, a gente faz o que pode...”. (...) A seguir, começa a colocar nos respectivos locais destinados às medicações para cada paciente os medicamentos que trouxera da farmácia, em uma de suas saídas da unidade, seja para levar ou buscar pacientes no serviço de radiologia, seja para levar as requisições de exames e os respectivos materiais coletados ou buscar seus resultados no laboratório de análises clínicas, ou seja por qualquer outro motivo. (...) Nesse ínterim, comparece para assumir o trabalho do turno da tarde a auxiliar de enfermagem que, geralmente, tem ficado sozinha para cuidar de todos os pacientes internados (esta é uma unidade que comporta 18 pacientes cirúrgicos e, até aquele momento, havia 17 pacientes internados) uma vez que a outra auxiliar de enfermagem encontra-se em férias. A enfermeira a cumprimenta e faz recomendações para que telefone para a chefe de enfermagem e

solicite para que ela destine alguém para vir lhe ajudar. Assegura à auxiliar de enfermagem, dizendo: "eu antes de bater o ponto e sair, eu vou procurar a ... (chefe de enfermagem) e solicitar para que ela mande alguém para te ajudar...". Reforça ainda para que "... mesmo assim, insiste, telefona pra ela e pede pra ela mandar alguém te ajudar...". Após esse rápido diálogo, a enfermeira dá início à passagem de plantão. (...) Nesse meio tempo, comparece ao posto de enfermagem uma estagiária do curso de auxiliar de enfermagem e apresenta-se à enfermeira. A enfermeira demonstra seu contentamento e alívio e apresenta-a à auxiliar de enfermagem, dizendo: "hoje tu não vais ficar sozinha. Ela vai ficar contigo de tarde, só que ela é ainda estagiária e não tem muita experiência. Ela não pode fazer cuidados complexos e tem que ser acompanhada de perto...". A auxiliar de enfermagem mostra-se contente em ter uma estagiária, dizendo: "pelo menos eu vou ter alguém pra me fazer companhia e ficar na unidade quando eu tiver que ir à farmácia ou ir a algum lugar...". (...) Antes de sair, a enfermeira reforça ainda mais uma vez para que a auxiliar de enfermagem telefone para a chefe de enfermagem e insista para que seja mandado alguém em seu auxílio. Data: 11.07.97; Turno: Manhã.

As limitações em termos de recursos materiais, humanos e técnicos parece ser uma constante no trabalho da enfermagem. A análise das situações observadas parece demonstrar a existência de uma aceitação tácita em realizar um trabalho na precariedade. Exemplo disso parece configurar-se no fato de que as convicções da enfermeira caem por terra, ante uma postura mais firme da administração, motivando sua aparente resignação e a aceitação das condições impostas, sem grande resistência e dando mostras de uma quase que absoluta incapacidade para argumentar e exigir as condições e meios mínimos e necessários para a realização do trabalho assistencial.

Novamente, ao adotar esta postura, a enfermeira porta-se como Sísifo que, sem alimentar esperança de sucesso ou de mudar sua situação procura anular os deuses, mostrando-se diante deles como o mais forte. Realiza sua tarefa empregando todas as suas forças, toda a sua vontade, mas sem demonstrar fraqueza ou querer outra coisa, nem desfrutar de mais nada, além do seu próprio esforço. Cumpre, assim, o que lhe foi destinado, mesmo sendo

um castigo, fazendo simplesmente o mais óbvio na esperança, contudo, de que seu destino um dia mudará (Kast, 1997).

Desse modo, ao que parece, resta-lhe apenas como última alternativa a sua sobreimplicação no trabalho, o que de um modo geral e, por extensão, parece contaminar também os demais trabalhadores da enfermagem. A quantidade, neste caso, sobrepõe-se à qualidade: poder contar com mais uma pessoa, independentemente de sua qualificação, já parece, em termos de enfermagem ser pelo menos tranquilizador, a garantia de uma presença. Dispor de mais alguém, desde que supostamente imbuído da boa vontade em aprender e em querer cuidar, mesmo que sem a adequada formação, preparo e experiência, parece ser suficiente para que esse alguém já possa assumir partes mais simples de um fazer que pode ser decomposto em atividades hierarquizadas, em grau crescente de complexidade.

Aprender no trabalho, com as condições que são oportunizadas para sua realização, com o acompanhamento e sob “supervisão” de alguém que, provavelmente, para poder dar “conta do recado” também se sobreimplica, constitui-se num mecanismo de reforço da alienação, de reprodução da mediocridade no desempenho das ações de enfermagem, da produção de uma postura acrítica. Em seu conjunto, dificilmente levarão a comportamentos que favoreçam a emergência de mudanças, porque pautados pelo aprendizado e sob a égide da obediência e conformismo ao instituído.

Por sua vez, também dá para perceber como algumas outras premissas nightingaleanas (Nightingale, 1989) encontram-se pautando não apenas o fazer dessa enfermeira em particular, mas dos enfermeiros em geral: ser um profissional que “apesar de não possuir total dedicação, tem capacidade de

multiplicar-se” (p. 43); “proceder para que o que é feito quando se está presente o seja também quando se está ausente” (p. 43); tomar “providências antecipadas contra algum erro que possa ser cometido em minha ausência” (p. 48); “tomar providências para que o doente não passe uma hora ou um minuto sequer sem o indispensável para sua assistência” (p. 44); em suma, considerar-se como responsável por tudo. Em outras palavras,

ser capaz de dirigir um sistema, zelar por suas provisões, pelos conjuntos sanitários, pelos livros, pela contabilidade, etc., de tal maneira que qualquer um pudesse conhecer essas atividades e executá-las em sua ausência ou doença, e que a chefe pudesse passar todo o serviço para outros com a certeza de que tudo correria como sempre e de que sua falta não seria sentida (p. 51).

Mesmo que de uma forma aparentemente equivocada, essas premissas explicitadas por Florence Nightingale parecem ter sido assimiladas e eu diria até muito bem assimiladas. À análise, apresentam-se completamente aderidas, a meu ver, tanto no ensino da própria profissão, como no fazer cotidiano dos profissionais da enfermagem e, em muito maior extensão e profundidade, no fazer diário do enfermeiro.

Entretanto, parece que em relação à premissa a seguir apresentada, sua assimilação ainda não se deu nos mesmos moldes, motivada, talvez até pelas próprias contradições que, em alguns momentos, permeiam o discurso nightingaleano. Quem sabe tais contradições sejam oriundas do próprio ineditismo e ousadia de seu pensamento que, até mesmo para ela mostrava-se por demais avançado para seu tempo.

Para Nightingale (1989), “responsabilizar-se pessoalmente por tudo não significa fazer, pessoalmente, tudo”, mas assegurar-se de que seja feito, mesmo quando não se estiver presente, o que, em outras palavras significa

“estar no comando” (p. 36), “providenciar para que todos façam o mesmo (...) assegurar que cada um leve a cabo o trabalho que lhes foi designado “ (p. 50). Em outras palavras, organizar o trabalho assistencial. E, na ótica dejouriana, exercer o controle que provém do poder de se fazer obedecer, de ter sua vontade realizada, que o ato de organizar confere a quem organiza (Dejours, 1994).

Por sua vez, o enfermeiro parece ter de lidar com os impasses originados por dispor de uma força de trabalho exígua que, não raro, apresenta-se exaurida de suas energias, pela inobservância aos aspectos qualitativos de sua constituição, pelo excesso de trabalho a que, na maioria das vezes, tem que se submeter no próprio setor, em decorrência da ausência de um correto dimensionamento de pessoal, abstenções, férias, folgas, licenças e demissões. Uma força de trabalho, ao que parece, que se submete muito mais porque se vê impossibilitada de poder recursar-se a assumir esse trabalho decorrente de tais ausências, pelo medo da demissão e a ameaça do desemprego, do que pelo seu comprometimento e desenvolvido senso de responsabilidade característicos.

Além disso, muitas vezes esta situação de desgaste do trabalhador da enfermagem pode ser muito mais agravada ainda - mesmo que não se leve em conta o trabalho doméstico que muitos realizam -, pela sobrecarga adicional das duplas e triplas jornadas de trabalho, por conta da existência de outro(s) emprego(s) para compensar a baixa remuneração recebida pelo trabalho que realizam.

5.5.4 - O PROVIMENTO DAS CONDIÇÕES MATERIAIS

Muitas, também, foram as situações observadas que dão mostras de ser o enfermeiro, sempre que presente nos diferentes setores, o principal responsável pela provisão dos recursos materiais aos demais profissionais componentes da equipe de saúde, especialmente aos auxiliares de enfermagem e médicos, para possibilitar a realização de atos de sua competência técnica e legal. Se a organização do ambiente assistencial configura-se como um trabalho de Sísifo, ao recair sobre o enfermeiro a função de provedor das condições materiais para a realização do trabalho assistencial, o exercício dessa função o configura como o próprio Sísifo.

Desse modo, prover as condições materiais de trabalho aos demais profissionais corresponde a atos de constante comprometimento, no desempenho de uma função que consome grande parte de seu tempo, cujo conjunto das atividades que contempla a reveste de um caráter multifacetado: **prever e solicitar, manter e controlar, reunir e distribuir e contabilizar.**

Os fragmentos das anotações de campo a seguir apresentados ilustram o exercício dessas atividades. Na maioria das vezes, os atos de **prever e solicitar** parecem resumir-se a uma simples solicitação. Materializa-se pela elaboração qualitativa de uma lista de itens: pretensamente considerados necessários e suficientes ao trabalho assistencial; aparentemente resultante muito mais de uma mera evocação do que de um certo tipo de planejamento; quase sempre superdimensionada quantitativamente, uma vez que poderá não ser contemplada em sua integralidade, única provável certeza de previsão.

Durante um certo tempo, a enfermeira mantém-se a elaborar os pedidos para a reposição de materiais necessários para as

atividades semanais, em atenção ao dia da semana estabelecido de rotina para tais solicitações. Data: 10.06.97; Turno: Manhã.

A enfermeira entra no posto de enfermagem da maternidade e põe-se a preencher as solicitações para o conserto do chuveiro elétrico queimado e trocas de lâmpadas. Após, preenche a requisição de material a ser encaminhada ao almoxarifado. A enfermeira comenta comigo: “eu faço as requisições de consertos e encaminho os pedidos das unidades do setor que eu supervisiono. Isso é uma de minhas atribuições como supervisora”. (...) Em seu retorno à maternidade, encontra a parteira (nesse hospital, há muitos anos, essa profissional trabalha e desempenha essas funções de assistir às parturientes durante o pré-parto e, muitas vezes, durante o nascimento, em casos de parto vaginal normal), faz algumas recomendações e pede para que esta elabore a lista do material necessário e que a deixe pronta para que ela preencha a requisição para ser encaminhada na próxima terça-feira, dia estabelecido de rotina para o encaminhamento do pedido semanal. Data: 30.06.97; Turno: Manhã.

O teor do que foi apresentado, além de caracterizar esta atividade como uma incumbência do enfermeiro, mostra ainda que seu exercício está atrelado às determinações e normas institucionais. Parece que a inobservância às normas estabelecidas pelos serviços de apoio - cuja razão de suas existências como atividades-meio é a de subsidiar e dar sustentação às atividades-fim -, provavelmente, em consonância às determinações da própria administração superior, pode originar uma postura, por parte desses mesmos serviços, que se configure como punitiva, aparentemente justificável porque aplica punições a um profissional que apresenta uma “falha incompatível” com o comportamento de um enfermeiro competente e responsável.

Explicitamente, estas punições podem ser traduzidas em privações dos itens materiais que não foram solicitados a tempo, nos dias destinados para isso e que, possivelmente, apenas serão ofertados em “conta-gotas”, - sob insistentes pedidos e constantes negociações pessoais. Estes últimos, por sua vez, traduzem-se por intermitentes deslocamentos e idas freqüentes,

principalmente ao almoxarifado e à farmácia de manipulação, demandando tanto posturas de docilidade e submissão como envolvendo práticas ardilosas e jogos de sedução.

Implicitamente, estas punições podem acarretar atributos desabonadores a um enfermeiro que não provê as condições materiais necessárias ao trabalho assistencial dos demais, caracterizando-o como incompetente, irresponsável, incapaz de desempenhar um trabalho dessa natureza. Daí, esse constante envolvimento e preocupação em dispor de uma lista de materiais, feita de antemão e a mais completa possível, que possa servir à elaboração de uma requisição para, assim, ser encaminhada aos respectivos setores fornecedores, nos dias determinados para tal fim.

Nessas situações, o que ocorre de diferente na postura usual do enfermeiro, em sua frenética e obstinada tentativa cotidiana de prover as condições materiais para a realização do trabalho assistencial, é que as carências materiais, quando aparentemente decorrem do fato de não terem sido pedidas no dia indicado, podem ser atribuídas a uma falha no exercício do seu trabalho. Portanto, por sua culpa, porque não fez a previsão e o encaminhamento das solicitações a tempo, numa clara demonstração de inobservância às normas institucionais estabelecidas. Porém, diferentemente daquelas situações em que a indisponibilidade de determinados itens materiais decorrem de não haverem sido ofertados, apesar de terem sido pedidos.

Manter e controlar são atividades inerentes à função de provedor que, a exemplo das anteriores, também se mostram bastante difíceis de serem implementadas. Exigem do enfermeiro a manutenção de contínua e constante preocupação com os estoques materiais e demonstram a existência de algumas

estratégias utilizadas para constranger possíveis desperdícios ou desvios que a aparente abundância poderia ocasionar.

Estas estratégias parecem constituir-se em artifícios utilizados para limitar o acesso dos demais a determinados itens materiais: por sua exposição reduzida, mantendo um pequeno número dos diferentes tipos nos locais de acesso geral, e o controle de sua disponibilidade, mantendo um certo volume dos diversos itens materiais, em locais cujo acesso torna-se mais dificultado. Os fragmentos das anotações de campo selecionados ilustram esta postura observada, bastante comum na prática diária dos enfermeiros.

*A enfermeira abre uma das gavetas de um dos balcões do posto de enfermagem e constata a falta de equipos de soro. Sai, desce um andar, dirige-se à sala da telefonista (distante cerca de 300 m de corredores, da unidade até lá) e pega determinada chave que abre a porta do local que serve de depósito para o material de reserva da unidade. Após algum tempo, a enfermeira retorna à unidade com determinado número de equipos, entra no posto de enfermagem e, aproximando-se de um dos balcões, coloca-os na respectiva gaveta. **Data:** 26.06.97; **Turno:** Manhã.*

*A enfermeira retorna ao posto de enfermagem, abre uma gaveta e seleciona materiais para a instalação de oxigenoterapia. A seguir, sai do posto de enfermagem, mas logo retorna. Detectara a falta de determinado material. Ao confirmar sua inexistência no posto de enfermagem, pega uma chave dependurada atrás da porta, sai e dirige-se à “sala das enfermeiras”, abre a porta, entra, aproxima-se da escrivaninha e abre uma das gavetas, pegando uma outra chave. Abre a porta de um armário e retira determinado material do “estoque de reserva” de uma de suas prateleiras. Após, chaveia o armário, coloca a chave na gaveta, fecha a gaveta, sai da sala, chaveia a porta, retorna ao posto de enfermagem e recoloca a chave no respectivo lugar, atrás da porta. Sai do posto de enfermagem e entra em determinada enfermaria para, finalmente, realizar a colocação do catéter nasal e instalar a oxigenoterapia prescrita. **Data:** 16.06.97; **Turno:** Manhã.*

Nessas situações pode-se perceber como a precariedade material, associada ao sentimento de obrigatoriedade de prover o necessário à realização do trabalho assistencial aos demais trabalhadores que exercem suas

atividades no local, estabelece condutas que apresentam uma racionalidade extremada que, de tão extrema, podem conduzir o enfermeiro a desenvolver posturas que englobem atitudes que pareçam configurar práticas que, de tão racionais, chegam às raias de uma aparente irracionalidade.

Reunir e distribuir, talvez, sejam as atividades que melhor representem a função do enfermeiro como provedor das condições materiais necessárias para a realização do trabalho assistencial, em seu momento mais imediato. Diferentemente das atividades anteriormente apresentadas, cujo exercício deve se dar necessariamente antes do desenvolvimento da assistência - até mesmo porque esta só pode acontecer após serem conquistadas e dadas determinadas condições materiais necessárias -, o exercício das atividades de reunir e distribuir se dá, embora ainda prévio, num momento imediatamente anterior ao desenvolvimento dos atos assistenciais. Isto porque a disponibilidade material constitui-se, dependendo da natureza do cuidado a ser prestado, em condição necessária e suficiente para que possa ocorrer o trabalho assistencial propriamente dito. Diversas foram as situações observadas que corroboram essas assertivas, entre as quais as situações ilustradas pelos fragmentos das anotações de campo a seguir apresentados.

*A enfermeira dirige-se à sala dos estoques e pega um certo número de lâminas de bisturi. Sai e dirige-se ao centro cirúrgico. Entra e entrega à enfermeira do local o material que esta havia solicitado emprestado anteriormente, por telefone. (...) Encaminha-se à sala de estoques, permanece em seu interior por alguns momentos e sai com um certo número de pacotes de espátulas (abaixadores de língua) e os entrega a uma auxiliar de enfermagem e indica para que os distribua aos consultórios. (...) Segue em direção à sala de cirurgia ambulatorial para providenciar aventais para emprestá-los à enfermeira do centro cirúrgico como o anteriormente combinado. Faz o seguinte comentário: **“hoje só ocorreu uma cirurgia ambulatorial. É preferível destinar os aventais para que possa ocorrer uma grande cirurgia”**. Sai em direção ao centro cirúrgico e, ao entrar, chama a enfermeira do local e entrega os aventais que*

conseguiu reunir. A enfermeira do centro cirúrgico sorri, emite alguns comentários e agradece. **Data:** 24.06.97; **Turno:** Manhã.

*A enfermeira da clínica médica comparece à unidade e solicita à enfermeira um conjunto coletor de urina. Ela encaminha-se ao local onde são guardados os materiais de estoque da unidade, pega um exemplar do item solicitado e o entrega para a enfermeira solicitante, que profere palavras de agradecimento e sai. (...) A enfermeira encontra-se procurando algo no armário do material esterilizado. (...) Enquanto a enfermeira se põe a confirmar o material que tem em haver no centro de material e esterilização, uma auxiliar de enfermagem comunica-lhe que só encontrara 3 pacotes de curativo e 4 bacias estéreis. (...) Liga para o centro de material e esterilização, solicitando a liberação de material esterilizado para a realização de curativos. É informada que não dispõem porque o funcionamento do setor fora prejudicado em decorrência da instalação do ar condicionado central. (...) A enfermeira sai e dirige-se à clínica médica procurando arrecadar material para realizar os curativos. Consegue emprestado apenas um pacote de curativo e dois pequenos pacotes de gaze. Estabelece uma breve conversa com a enfermeira do local que lhe entrega, desta feita, um pacote com o material para a realização de tricotomia. (...) A enfermeira entra no posto de enfermagem, entrega o material que conseguiu para uma auxiliar de enfermagem, fazendo-lhe recomendações para que, logo após o uso, todo o material fosse devolvido à enfermeira da clínica médica. (...) A seguir, telefona para outra unidade e solicita alguns pacotes de curativo, justificando que estava necessitando porque o centro cirúrgico estava interditado e o centro de material e esterilização, por ser contíguo, estava desativado. (...) O telefone toca, a enfermeira atende, recebe o comunicado, agradece e desliga. Chama determinada auxiliar de enfermagem e indica que vá ao ambulatório buscar 4 pacotes de curativo que haviam sido conseguidos por empréstimo, em resposta à solicitação anterior, que fizera logo no início da manhã. **Data:** 26.05.97.*

Explorando mais essas situações, pode-se perceber que as mesmas caracterizam com grande propriedade esse contínuo e constante empenho do enfermeiro em prover as condições materiais de trabalho, não só para aqueles que exercem suas atividades no seu respectivo setor ou unidade, mas, não raro, para outros enfermeiros de outros setores ou unidades da própria instituição, por sua vez, também Sísifos empenhados na contínua busca pelas condições materiais para viabilizar o trabalho, no microespaço pelo qual assumem a responsabilidade pelo desempenho dessas mesmas funções. Além disso, demonstram a existência de ações de solidariedade, cooperação,

reciprocidade e cumplicidade entre os trabalhadores da enfermagem dos diversos setores ou unidades, mobilizados em prol da realização do trabalho assistencial.

Contabilizar é uma atividade afeta à função de provimento das condições materiais de trabalho que tem por objetivo não só atender a uma demanda institucional, com vistas ao controle dos gastos e determinação dos custos, mas, parece que, para o enfermeiro, representa um mecanismo de controle que se mostra eficaz para atender a uma outra finalidade: servir como dispositivo de regulação automática de reposição dos materiais consumidos, durante a realização dos diferentes procedimentos assistenciais.

Sua ocorrência é muito mais evidente naqueles setores que se caracterizam por situações nas quais o “imprevisto” supostamente ocorra mais freqüentemente, por se tratar de locais que se destinam ao atendimento dos casos agudos e que, pelo caráter de urgência que podem conter, exigem a pronta disponibilidade material, técnica e humana para que os atos de intervenção sejam os mais eficientes e eficazes possíveis, como ilustra a seguinte passagem.

A enfermeira entra no posto de enfermagem e, de pé, junto ao balcão, faz a revisão das fichas de atendimento ambulatorial. Esclarece-me o porquê desta conduta, fazendo o seguinte comentário: “isso serve de base para a gente solicitar a reposição de tudo o que foi utilizado, durante os atendimentos”. (...) Retoma ao posto de enfermagem e retoma a revisão das fichas de atendimento. (...) Retoma ao posto de enfermagem e, de posse de uma ficha de atendimento, começa a registrar o material consumido. (...) Retoma ao posto de enfermagem e começa a revisar as novas fichas de atendimento ambulatorial deixadas sobre o balcão, para registrar o material utilizado nos procedimentos realizados. Nesse meio tempo, uma auxiliar de enfermagem faz-se presente e a enfermeira solicita para que ela a ajude a lembrar os materiais consumidos durante a realização dos atendimentos. (...) A enfermeira, ao revisar as anotações médicas, detecta que o médico esquecera de registrar determinados itens utilizados durante a

*reversão de um edema agudo de pulmão. A seguir, solicita à estagiária de enfermagem que entregue as fichas de atendimento ambulatorial que revisara e nas quais anotara o consumo e colocara o respectivo carimbo e assinatura. Sai do posto de enfermagem, entra em determinado consultório médico, mas o médico plantonista não se encontra presente. Tenta localizá-lo para ele assinar a prescrição da medicação que fora esquecida de ser registrada pelo médico plantonista do turno anterior. Retorna ao posto de enfermagem e continua a registrar e a carimbar e assinar, nas novas fichas de atendimento ambulatorial, os itens materiais que foram consumidos. (...) A enfermeira, ao avistar o médico plantonista passar, chama-o e solicita para que ele aponte os medicamentos que foram esquecidos de ser registrados pelo médico plantonista anterior. Este verbaliza seu descontentamento com estes constantes esquecimentos dos seus colegas e queixa-se: **“tu estás sempre me incomodando com estas coisas. Um dia eu não vou mais fazer o trabalho dos outros...”**. (...) (Após a passagem de plantão e antes de sair) a enfermeira sai do posto de enfermagem e dirige-se à sala de observações, dando uma última olhada nos pacientes. Sai e entra na sala de urgências, onde uma determinada paciente ainda continua a ser avaliada pelo médico plantonista. Sai da sala de urgências e retorna ao posto de enfermagem, atualiza e carimba uma ficha de atendimento ambulatorial que chegara às suas mãos, com a justificativa de que era **“para não ficar para o outro dia”**. Nesse ínterim, uma estagiária de enfermagem aproxima-se da enfermeira e comunica que o médico solicitara a realização de um novo tamponamento nasal externo no paciente que fora atendido anteriormente. A enfermeira sai do posto de enfermagem, munida do material e dirige-se à sala de observação para realizar o procedimento solicitado, mesmo tendo dado por encerrado seu turno de trabalho, após a passagem do plantão. Data: 28.05.97; Turno: Tarde.*

Em seu conjunto, os fragmentos das anotações de campo selecionados caracterizam as condutas e práticas do enfermeiro, durante o exercício de sua função de provedor das condições materiais de trabalho para os demais, sejam médicos, auxiliares de enfermagem ou colegas de outros setores, entre outros. Como foi possível observar, todos e especialmente os médicos reportam-se ao enfermeiro sempre que necessitam de determinados itens materiais para a realização das diferentes tarefas afetas aos trabalhos assistenciais que realizam.

Pode-se perceber, assim, as demandas a que está submetido para a implementação do trabalho assistencial como um todo, em termos do grande comprometimento posto no trabalho. Há o comprometimento não só de suas capacidades intelectuais, psicomotoras e afetivas, mas de suas posições de desejo, que se localizam para muito além dos seus próprios interesses, conduzindo-o a apresentar um comportamento de sobreimplicação cada vez maior no trabalho.

Desse modo, deixando-se ser cada vez mais expropriado de suas forças físicas, mentais e afetivas e, até mesmo, privando-se de um determinado período de tempo disponível para pensar, parece, assim, privar-se também do exercício de sua capacidade de reflexão. Toma-se, portanto, em conformidade e à medida de sua maior sobreimplicação no trabalho, muito mais passível de se deixar explorar e contribui para que a própria enfermagem e seus trabalhadores sejam explorados também.

5.5.5 - A GESTÃO DAS DETERMINAÇÕES, ROTINAS E NORMAS INSTITUCIONAIS

Muitas foram também as situações observadas que servem para ilustrar como, principalmente na enfermagem, mostra-se forte a apropriação e o entendimento das determinações, rotinas e normas institucionais não apenas como meios colocados à disposição para nortear a realização do trabalho, mas como fins a serem alcançados. Isso pode ser evidenciado em muitas questões prévias à realização do próprio trabalho e afetas à própria formação disciplinar de seus trabalhadores.

Entre elas, podem ser enumeradas questões referentes ao uso do uniforme, à rigidez dos horários, ao apego às padronizações técnicas, à

preocupação com minúcias e, por vezes, a um certo perfeccionismo na realização dos procedimentos. Tais características presentes na enfermagem parecem estar associadas à forte formação disciplinar a que são submetidos seus trabalhadores que, como corpos disciplinados, têm incorporado a disciplina ao seu fazer, numa forte expressão de produtividade econômica, porém empobrecidos politicamente (Lunardi, 1994) e que complementarmente ainda, detentores de uma subjetividade serializada, condicionada a obedecer, contida em sua criatividade e acomodada no sossego do não desejar.

Ao que parece, os trabalhadores da enfermagem, especialmente os enfermeiros, têm-se tornado não apenas cumpridores, mas depositários e guardiães das determinações, rotinas e normas institucionais. Segundo Mendes-Gonçalves (1994, p. 204), “as enfermeiras parecem dirigir sua atividade supervisora pelo confronto com as programações, o que as torna instrumentos importantes das mesmas”. Assim, o normatizado, o previsível, o determinado e o conforme são elementos que, parece, se fazem marcantes, na constituição do horizonte profissional do enfermeiro, conferindo-lhe uma forte característica de apego ao instituído e, inclusive, de direcionamento de esforços para sua manutenção, especialmente naqueles investidos de posições de mando.

Muito do tempo do trabalho do enfermeiro parece ser dedicado não só à observância ao instituído, mas ao controle do trabalho daqueles que realizam suas atividades no setor ou unidade em que atua. Por sua vez, não se pode conceber um trabalho coletivo, qualquer que seja, que não precise ser controlado e supervisionado ao mesmo tempo, do ponto de vista técnico.

Porém, parece não ser este aspecto técnico do trabalho que perturba os agentes envolvidos, principalmente os médicos, “mas o outro, correlato e inseparável, e no fundo determinante, referido ao significado social da direção do trabalho, condensado sobretudo na dimensão do controle”. Ambos não podem ser eliminados por uma simples negação ou pela utilização de “uma espécie de ‘estratégia de avestruz’, que parece caracterizar as enfermeiras, que se esforçam para justificarem-se tecnicamente (supervisão), enquanto ocultam a dimensão também socialmente significativa do controle, e da qual não há como escapar” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 206).

Em decorrência dessa característica e embora nem sempre bem sucedido, o enfermeiro tem se constituído em disciplinador dos demais profissionais e, inclusive, do paciente, ao buscar contínua e constantemente submetê-los às determinações, rotinas e normas estabelecidas. Ao desempenhar ações de gerenciamento das determinações, rotinas e normas institucionais, o enfermeiro parece que passa a ser visto como um representante da administração no local onde exerce suas atividades, muitas vezes, podendo vir a ser confundido com ela.

Percebe-se, assim, como a atuação do enfermeiro, no conjunto de ações que desempenha, apresenta-se “transformada em administração e controle nos hospitais” (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 211), ficando o exercício das atividades de cuidado direto, na maioria das vezes, condicionado aos aspectos ligados à gravidade dos quadros clínicos ou à complexidade dos procedimentos de enfermagem a serem realizados. Embora possa ser feita exceção a alguns setores e unidades mais restritos (UTI, sala de recuperação pós-anestésica, pronto socorro), nos quais sua atuação de prestação de cuidados diretos pode

se dar em maior escala e de forma mais explícita e intensiva, mesmo assim, o enfermeiro responde pelas atividades de administração e controle do microespaço onde atua. O conjunto das situações apresentadas a seguir procuram ilustrar esse aspecto relevante e característico do trabalho do enfermeiro.

A enfermeira, ao perceber que esquecera de colocar o crachá de identificação, comenta: “vou colocar o crachá porque, senão, o ‘homem’ pode reclamar. Agora tem até uma ‘câmara indiscreta’ colocada no relógio ponto e em outros lugares estratégicos...”. A seguir comenta com as auxiliares de enfermagem: “hoje é dia de revisar o material esterilizado e ver se ainda estão dentro do prazo de validade”. (...) A enfermeira comenta comigo: “todo o material e carro de urgência é atribuição da enfermeira do respectivo turno revisar”. A seguir, uma auxiliar de enfermagem traz o material em pacotes e em bandejas e os coloca sobre o balcão para serem verificadas as datas de vencimento do prazo de validade da esterilização. Após, recolocam tudo novamente nos respectivos lugares. (...) A auxiliar de enfermagem traz uma nova carga de material, sendo constatados alguns materiais com prazo de validade da esterilização esgotado e outros ainda por vencer. A enfermeira desfaz os pacotes dos vencidos e dos de vencimento mais próximo e separa os materiais para futuro encaminhamento para serem esterilizados. Data: 25.06.96; Turno: Tarde.

Nesta situação, parecem configurar-se, pelo menos, dois motivos para que se dêem a **observação e o cumprimento das determinações, rotinas e normas instituídas**. Um primeiro motivo parece ser o medo de virem a ser impostas penalidades, como formas de punição ao descumprimento de uma determinação da administração superior, essencialmente de caráter disciplinar. Sua contravenção, se descoberta ou passível de ser informada/denunciada, pode ser contemplada com reprimendas características das sanções de efeito moral, ou seja, além de ser flagrada em delito, ficar exposta a um possível vexame decorrente de uma repreensão exemplar pública.

O segundo motivo, decorre de ser o cumprimento de determinadas rotinas necessário ao próprio andamento do trabalho. Neste caso específico,

correspondem ao exercício de funções inerentes à organização do ambiente do cuidado, zelando por sua manutenção e garantindo o provimento de condições materiais adequadas e seguras para a realização do trabalho assistencial. Sua negligência poderia comprometer a realização desse trabalho, podendo não ficar restrito apenas à sua inviabilização, mas podendo acarretar danos à saúde dos pacientes pela utilização de materiais de duvidosa confiabilidade. Ser negligente em relação a estes aspectos poderia se configurar, desse modo, numa incompetência não apenas administrativa, mas também técnica e profissional.

Os fragmentos das anotações de campo a seguir transcritos ilustram como pode se dar a acomodação ao instituído, mesmo que sua necessidade não seja compartilhada pelo enfermeiro. O cumprimento de muitas das determinações, simplesmente se dá por sua obediência, nem mesmo sendo questionadas, pelo menos explicitamente, apesar de uma possível e latente inconformidade com as mesmas, como ilustrado a seguir.

A enfermeira faz o seguinte comentário: “as evoluções de enfermagem não são feitas mais, por determinação da própria administração do hospital, pois foi argumentado que interferem com a revisão dos prontuários, para efeitos de custos. Antes, as anotações de enfermagem eram feitas nas próprias prescrições médicas, num espaço destinado às observações de enfermagem, mas que comportam espaço apenas para os horários de aprazamento das prescrições médicas”. (...) O telefone toca, a enfermeira atende e comunica: “por ordem da direção, não podemos chamar os acompanhantes, mas eu posso dar o recado”. Anota o recado e orienta à auxiliar de enfermagem presente para que entregue ao familiar de determinado paciente. A seguir, comenta comigo: “nas unidades que atendem pacientes privados não existe essa restrição, só aos pacientes do SUS”. Data: 26.06.97; Turno: Manhã.

Na situação transcrita a seguir, embora haja a manifestação explícita de sua inconformidade, até com verbalizações carregadas de uma certa ironia,

mesmo assim, tal inconformismo não se apresenta suficientemente capaz de originar novas posturas, decorrendo daí, seu acomodamento às determinações, rotinas e normas institucionais.

A colega da clínica médica aproxima-se da enfermeira. Vem buscar luvas para o auxiliar de enfermagem de sua unidade prestar cuidados aos pacientes aidéticos, por não as ter disponíveis em sua unidade. (...) As enfermeiras comentam acerca das “regalias” dadas aos pacientes aidéticos, para os quais é permitida visita a qualquer hora, para os quais podem ser trazidos alimentos de casa, entre outras que consideram privilégios, por não serem estendidos aos demais pacientes, o que consideram injusto. (...) Um familiar solicita à enfermeira que possa ficar alguém acompanhando o paciente. A enfermeira apresenta uma negativa e esclarece-lhe: “só em casos mais excepcionais, com pacientes mais graves ou mais dependentes...”. (...) Alguém bate à porta. É um familiar com lanche para o paciente e seus acompanhantes. A enfermeira pergunta para o recepcionista: “é paciente particular?” e ele responde afirmativamente. A enfermeira complementa: “se é particular, pode!” e ambos riem. A enfermeira comenta acerca de seu desacordo com estas condutas diferenciadas, dizendo que permitiria para todos. Data: 07.07.97; Turno: Noite.

Outras formas de acomodação às determinações, rotinas e normas instituídas podem ser ilustradas pelas situações apresentadas a seguir. Em ambas as situações, as enfermeiras procedem seu cumprimento, porém suas atitudes para com determinadas disposições institucionais denotam não só acomodação, mas uma aparente displicência.

A funcionária da lavanderia aproxima-se da enfermeira e lhe entrega o protocolo para que ela o assine, desse modo, ficando confirmado seu comparecimento para recolher a roupa suja. A enfermeira simplesmente assina no local indicado e retoma o preenchimento da requisição para a farmácia de manipulação e requisição do material de limpeza para serem encaminhadas aos respectivos setores fornecedores, em atenção ao dia da semana destinado para tais pedidos. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.

A funcionária da lavanderia ingressa no posto de enfermagem trazendo a roupa limpa. Entrega o protocolo para a enfermeira assinar. A enfermeira assina e comenta comigo: “eu assino sem conferir. Eu acho que não tem razão de ser. A lavanderia pertence ao hospital e, por outro lado, as roupas enviadas à lavanderia não são protocoladas. Acho que seria necessário ser

desenvolvido outro tipo de controle, mas pela própria lavanderia. Nos dias de semana, o pessoal da lavanderia é que guarda a roupa no armário, mas, nos fins-de-semana ou feriados, não faz porque ficam poucos. Ah! Eu fico indignada. A enfermagem também fica com pouco pessoal nesses dias e tem que assumir mais este encargo". Data: 22.05.97; Turno: Tarde.

Na primeira situação, a enfermeira manifesta sua displicência implicitamente, porque se limita simplesmente a assinar o protocolo apresentado, não esboçando nenhum indício de intenção de conferir os dados apontados. Por sua vez, ao retomar o que estava fazendo, parece também ser este fato resultante de um certo acomodamento ao instituído. Isso porque sua inobservância poderia repercutir no andamento do trabalho assistencial futuro, ao poderem todos ser penalizados com a privação de condições materiais, pela possibilidade de não vir a ser solicitado no prazo estipulado pelos serviços fornecedores, além do potencial para macular sua atuação profissional contido no descumprimento de tais institutos.

Na segunda situação, a enfermeira manifesta explicitamente os motivos de sua displicência, resultantes do inconformismo com a colocação em prática de normas de funcionamento de serviços com as quais não concorda. Embora verbalize sua indignação e exerça uma forma de resistência, esta resistência é passiva e a conduta apresentada ainda se configura como acomodação ao cumprimento do instituído, embotando qualquer possibilidade de mudanças por manter-se na internalidade da profissão.

Este tipo de conduta também foi apontado por Ferraz (1995), ao constatar que, diante da exigência do cumprimento sucessivo das normas e ordens emanadas da administração superior, os profissionais de enfermagem têm se apresentado céticos e desanimados. Isto os mantêm imobilizados e sem

manifestar, nem mesmo, o desejo de participar, em decorrência do abatimento de energias do grupo que se expressa por um estado de submissão passiva.

Muitas situações podem corresponder a **acomodações feitas pelo enfermeiro frente às determinações, rotinas e normas institucionais**, em resposta ao seu descumprimento pelos demais, mas quase que exclusivamente pelos médicos. Frequentemente o enfermeiro encontra-se às voltas com a necessidade de que determinadas tarefas parcialmente realizadas por esses profissionais sejam complementadas, muitas vezes chamando para si tal responsabilidade, como evidenciado na situação a seguir.

A enfermeira separa as requisições pelo tipo de exames solicitados pelos médicos. Revisa para ver se todas estão preenchidas corretamente. Detecta a falta de dados, em especial, a falta do número de registro dos pacientes e, de posse dos respectivos prontuários, complementa-as, apontando os números que faltam. (...) Uma auxiliar de enfermagem entrega para a enfermeira a prescrição médica e as requisições de exames solicitados para uma paciente recém-admitida. A enfermeira anota o número de registro que fora "esquecido" de ser colocado pelo médico, complementando as requisições de exames para que as mesmas não fossem rejeitadas pelo laboratório. Data: 26.06.97; Turno: Manhã.

Portanto, muitas vezes, apesar de não se constituir em tarefa do enfermeiro, a complementação daquilo que foi negligenciado por outro profissional parece configurar-se como sua possível atribuição, até porque não implica o exercício de uma atividade a ele legalmente vedada. Desse modo, pode ser percebida como um ação que se justifica porque agiliza o processo de trabalho assistencial, mas, a meu ver, parece ser muito mais motivado pela fuga do confronto direto e do provável potencial de conflito que pode ser veiculado por uma solicitação de tal natureza, ou seja, solicitar que o médico complete o seu próprio trabalho, numa clara explicitação pelo enfermeiro do exercício do controle que seu papel gerencial lhe confere.

Essa forma do enfermeiro realizar o trabalho, corresponde à adoção de uma postura que reforça tanto a segregação como a hierarquia entre as profissões e seus profissionais. Assim, a meu ver, constitui-se num ritual que confere subordinação do seu trabalho ao trabalho médico, reforçando o mito de subalternidade da enfermagem à medicina. Nessa ótica, parece que o enfermeiro pode ser o executor de determinadas partes de um trabalho, porque entendidas como menos importantes e uma perda de tempo, desse modo, passíveis de serem executadas por outrem e não necessariamente pelo médico que pode, assim, destinar seu tempo à execução de partes pretensamente mais nobres de um mesmo trabalho.

As situações apresentadas a seguir caracterizam a função exercida pelo enfermeiro de procurar **fazer cumprir as determinações, rotinas e normas instituídas**, tanto pela direção como pelos demais serviços, e do esforço que dispense na busca, por vezes obsessiva, de sua efetivação. O enfermeiro apresenta-se como aquele que, por melhor conhecer a dinâmica do trabalho e a forma de funcionamento dos serviços e da própria instituição, incumbe-se de que sejam observadas e que se façam cumprir as disposições institucionais, não só pelos diferentes trabalhadores, mas pelos próprios usuários.

Um senhor aproxima-se da enfermeira e solicita informações acerca da localização do sanitário masculino de uso público do setor. A enfermeira indica-lhe o local. A seguir, por ter percebido que ele estava fumando no recinto, aproxima-se do porteiro, comunica o fato e solicita que tome as devidas providências. (...) O recepcionista do setor aproxima-se da enfermeira e solicita informações sobre como deve proceder em relação a determinado paciente que tem solicitação de internação hospitalar. A enfermeira orienta-o: "telefona para o SAME para ver se tem vaga. Se tiver, então, tu encaminha para a admissão". Data: 28.05.97; Turno: Tarde.

Porém, nem sempre mostra-se fácil o exercício dessa função de fazer com que os demais observem e cumpram com as disposições instituídas, tanto pela administração superior, como pelos demais serviços. Também em relação a tais aspectos, a grande dificuldade desse exercício decorre da forma de atuação dos profissionais médicos, como ilustra a seguinte situação.

A enfermeira entra na sala de pré-parto e pergunta à auxiliar de enfermagem quem era o médico de plantão e pelas condições da paciente que está em observação. Verifica a composição do soro e comenta: “se a paciente está com soro com oxitocina, não está apenas em observação. Esta paciente necessita ser internada, com leito reservado para poder ser internada na maternidade e eles sabem disso...”. Data: 22.05.97; Turno: Tarde.

Em suas formas de atuação, muitas vezes, alguns deles parecem ignorar ou não se pautar pelas diretrizes gerais estabelecidas pela instituição, desconsiderar as necessidades de outros serviços e, em muitos casos, não se manter nem mesmo conformes às próprias determinações, rotinas e normas específicas estabelecidas pelo seu próprio serviço, como ilustra o registro das anotações de campo a seguir.

De posse das requisições, a enfermeira registra no livro de ocorrências os exames solicitados pelos médicos. Comenta comigo: “agora, quando solicitam um exame de sangue com urgência, os próprios médicos devem contatar com o bioquímico e apresentarem as devidas justificativas, mas, quase sempre, eles esquecem e têm de ser lembrados pela enfermeira. Muitas vezes, eles não gostam dessa solicitação. Daí, a necessidade de um certo jogo de cintura para manter um ambiente harmônico”. (...) Nesse meio tempo, a auxiliar de laboratório aproxima-se da enfermeira e entrega-lhe um conjunto de resultados de exames laboratoriais. Por sua vez, a enfermeira entrega-lhe as requisições de exames laboratoriais solicitados pelos médicos. A auxiliar de laboratório constata o preenchimento incorreto da solicitação de exames por determinado médico, dizendo: “estes exames solicitados devem ser requisitados em separado...”. A enfermeira passa para o secretário da unidade a requisição de exames incorretamente preenchida e recomenda que ele localize o médico solicitante e informe que os exames devem ser solicitados em requisições individuais. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.

As verbalizações feitas por essa enfermeira permitem que se constate quão desgastante pode ser experienciar situações de tal natureza. Por sua vez, parece que, de um modo geral, qualquer enfermeiro não estabelece limites para o seu fazer, comportando-se como se tivesse que zelar pela observância e cumprimento de toda e qualquer normatização, independentemente das disposições dizerem ou não respeito ao campo específico de sua atuação.

A meu ver, uma estratégia que poderia ser utilizada seria a de limitar o trabalho da enfermagem, por exemplo, ao seu procedimento habitual em situações de igual natureza, ou seja, apenas comunicar a existência de uma solicitação de determinado exame, mesmo que caracterizado como urgência. O contato prévio entre médico e bioquímico é uma determinação do próprio setor pelo qual esse profissional responde.

Portanto, a ausência desse contato prévio é um problema afeto a esses dois profissionais, constituindo-se em uma necessidade dos respectivos serviços que representam e não uma necessidade da enfermagem. O papel de ter que lembrar o médico de como deve proceder para realizar seu trabalho para atender a uma determinação ou necessidade de outro setor não parece ser uma função pela qual a enfermagem tenha que se responsabilizar, nem encontrar alternativas de desempenhá-la de modo a evitar desgastes, tanto para buscar prevenir a emergência de conflitos, como de vivenciá-los, quando de sua ocorrência.

Isso também mostra-se válido em relação ao não preenchimento adequado e completo de determinados itens contemplados numa prescrição médica. Dependendo do tipo de medicamentos prescritos e por exigência da farmácia, a prescrição médica tem que vir acompanhada de uma receita,

especificando os motivos de sua solicitação, quantidade do medicamento prescrito, dentre outros. Tais exigências, ao serem descumpridas pelo médico, têm se constituído em entraves à realização do trabalho assistencial. A farmácia, por não serem satisfeitas suas exigências, simplesmente limita-se a não fornecer os medicamentos prescritos, justificando sua recusa em atender, em decorrência da incompletude do atendimento às suas determinações.

Para a enfermagem poder implementar determinado item de uma prescrição médica é necessário que as condições para sua realização estejam dadas. O não encaminhamento pela farmácia de determinado medicamento inviabiliza o trabalho da enfermagem em relação a esse aspecto. Em decorrência desse modo de proceder, a farmácia transfere para a enfermagem um problema afeto à sua organização e esta parece aceitar, sem questionamentos, mais este encargo: procurar o médico responsável por tal prescrição; solicitar que prescreva conforme as determinações e exigências da farmácia; prestar os devidos esclarecimentos, procurando não só informá-lo, mas, muitas vezes, tendo de convencê-lo da necessidade de assim proceder, dentre outras estratégias adotadas para conseguir uma prescrição médica que possa ser finalmente seguida.

A exemplo dos problemas decorrentes da inadequação das solicitações de exames laboratoriais, a inobservância das determinações da farmácia pelo médico constitui-se num problema afeto aos respectivos serviços. Portanto, a meu ver, a enfermagem deveria recusar-se a desempenhar o papel de mediador, não assumindo a responsabilidade pela realização desse trabalho, por vezes desgastante, de conquista de uma prescrição médica em conformidade com as exigências de um serviço que não é o seu. A farmácia é

que necessita do cumprimento de determinadas condições para realizar o seu trabalho, portanto, compete aos profissionais que exercem o seu trabalho neste setor zelar para que as normas específicas de seu serviço sejam cumpridas.

Da mesma forma, esse deveria ser o procedimento a ser adotado em relação à inobservância das rotinas instituídas em relação às prescrições médicas. Muitas vezes, a inobservância a tais rotinas tem se constituído num dos maiores obstáculos ao fluxo mais contínuo e livre não só do trabalho gerencial do enfermeiro, mas do próprio trabalho assistencial como um todo. A falta de prescrições médicas, sua incompletitude ou seu atraso em relação ao tempo de validade e de cobertura têm repercussões que se estendem a diversos serviços, como ilustram os seguintes trechos das anotações de campo.

A auxiliar de nutrição comparece ao posto de enfermagem. Ao consultar os prontuários dos pacientes, detecta a falta de algumas prescrições médicas e comenta com a enfermeira: “eles não aprendem mesmo”, numa alusão ao não cumprimento pelos médicos das rotinas estabelecidas e do período previsto para a realização das prescrições médicas. (...) A enfermeira solicita que uma auxiliar de enfermagem lhe alcance a prancheta para proceder à substituição das prescrições médicas antigas pelas novas. A enfermeira comenta comigo: “quando todas as prescrições tiverem sido realizadas, serão encaminhadas à farmácia. Eu já solicitei para serem prescritas. Todos os dias é a mesma coisa! Tem que pedir para eles virem prescrever...” Data: 26.05.97; Turno: Manhã.

Essas situações, não raro, fazem parte do dia a dia do pessoal de enfermagem e, ao que parece, revestem-se de um caráter de normalidade, como se o anormal fosse tê-las completas, atualizadas, disponíveis e em conformidade com as necessidades do serviço. Esse caráter de normalidade pode ser representado por uma diversidade de situações observadas e das

soluções encontradas para um problema dessa natureza, como ilustra a seguinte transcrição de trechos das anotações de campo.

A enfermeira esclarece para a auxiliar de enfermagem (deslocada de outra unidade e cedida por sua colega para suprir as carências de recursos humanos para realizar o trabalho) que: “se não há a prescrição médica atualizada e enquanto o médico não prescrever e se tem a medicação entre as “sobras”, é seguida a prescrição médica do dia anterior. Data: 11.07.97; Turno: Manhã.

É interessante salientar como a enfermagem cumpre e sujeita-se às determinações de outros serviços. Em relação às “sobras” de medicamentos e quais os procedimentos prescritos para realizar seu estorno à farmácia, a forma como as determinações desse serviço são percebidas parecem funcionar como “imposições” às quais os profissionais da enfermagem obrigam-se a seguir à risca, sob pena de serem estas sobras rejeitadas por este setor se não estiverem de acordo com determinados critérios estabelecidos para sua devolução, como ilustrado a seguir.

A enfermeira abre a gaveta do balcão e “checa” as sobras de medicamentos para proceder o estorno à farmácia. Determina que uma auxiliar de enfermagem realize a tarefa, prestando alguns esclarecimentos de como deve proceder. (...) Nesse meio tempo, a auxiliar de enfermagem entrega a lista que elaborara para a enfermeira assinar. A enfermeira devolve a lista e avisa: “além do nome do medicamento e o número de unidades que nós estamos devolvendo, têm que ser colocadas as demais especificações, senão, a farmácia não aceita... dosagem, composição...”. Data: 26.06.97; Turno: Manhã.

Parece que, ao assim agirem, não percebem que a farmácia é a maior interessada em que sejam estornadas as sobras dos medicamentos prescritos, mas que não foram consumidos no tratamento dos pacientes, seja por motivo de sua suspensão, substituição, uso apenas sintomático, alta hospitalar, transferência de unidade, óbito, dentre outros, devendo ela mesma dispor de

mecanismos tanto de captação como de controle e encarregar-se da realização do estorno e nos moldes que mais lhe aprouver.

Por sua vez, foram presenciadas situações que demonstram que, muitas vezes, o cumprimento das normas institucionais pelo enfermeiro não se mostra suficiente, ou seja, não é o bastante, mas exigem uma postura **para além do cumprimento das determinações, rotinas e normas institucionais**. É-lhe exigido uma disponibilidade cada vez maior e, ao que parece, quanto mais solícito o enfermeiro se apresentar, mais é esperado que ele faça; mais coisas a instituição, não apenas solicita, mas determina que faça, como ilustram as situações descritas a seguir.

*A enfermeira, após conferir o número de pacientes e confirmar a falta ao trabalho de uma das auxiliares de enfermagem, elabora uma nova escala e a entrega para uma auxiliar de enfermagem próxima, para que a mostre aos demais. (...) A enfermeira transcreve a nova escala que fizera para o livro de registro de ocorrências. Comenta sobre a utilidade de seu registro: **“apesar da escala mensal com as folgas previstas ser enviada para o setor de pessoal, todo final de mês a enfermeira administrativa (uma das enfermeiras que, além de enfermeira de unidade, acumula a função de enfermeira chefe de unidade) tem de comunicar a ocorrência das faltas, bem como as possíveis alterações de folgas, embora a gente já encaminhe sempre um memorando comunicando...”**. (...) Durante a passagem de plantão, a enfermeira informa à colega acerca da solicitação da coordenação de enfermagem para verificar se determinadas auxiliares de enfermagem compareceram ou não em determinados dias. Sua colega, com uma certa naturalidade, comenta: **“isto sempre acontece todo mês. Eles não querem ter o trabalho de conferir os cartões-ponto e confrontá-los com a escala de folgas e os memorandos que foram enviados comunicando as trocas de folgas”**. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.*

*A enfermeira entra no posto de enfermagem e pega uma requisição de determinado exame que se encontra sobre a escrivaninha e faz seu registro no livro de ocorrências. Comenta comigo: **“determinados exames solicitados pelos médicos residentes, somos nós que autorizamos. Ficam sob responsabilidade da enfermeira autorizar, para conter um pouco as solicitações de exames mais caros”**. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.*

Estas transcrições, a exemplo de muitas das anteriores, permitem que se possa perceber como a instituição e demais serviços ou setores fazem uso do enfermeiro para muito além da natureza das funções administrativas primordiais do seu trabalho. Na primeira situação enfocada, pode-se perceber como o enfermeiro é utilizado para, por meio da incorporação progressiva de mini-atividades às suas funções e que vão sendo assumidas por ele, até com uma certa naturalidade, tomam-se extremamente úteis à facilitação do trabalho dos demais, em detrimento do seu próprio trabalho e da enfermagem.

A segunda situação transcrita parece ser percebida como prestígio, como uma deferência especial ou, até mesmo, como um reconhecimento de seu comprometimento, tanto com o funcionamento dos serviços, quanto com a preocupação com a economia e o uso racional dos recursos institucionais, enfim, com aspectos relativos à eficiência e eficácia do trabalho assistencial. Porém, a meu ver, configura-se como uma transferência de controle e de responsabilidades do próprio serviço médico ou da administração superior, que desse modo, coloca o enfermeiro numa posição extremamente delicada.

Podem decorrer, daí, duas situações. A primeira, o confronto direto com aqueles que têm como atribuição técnica e legal decidir acerca dos exames que se fazem necessários para o estabelecimento de um diagnóstico médico, podendo originar conflitos desnecessários e, desse modo, tornar ainda mais desgastante seu trabalho gerencial. A segunda, de poder ser imputado ao enfermeiro, quando julgado que não se houve a contento nessa função delegada, algum tipo de reprimenda e responsabilização pelos ônus decorrentes de exames solicitados pelo médico de forma considerada pouco criteriosa, mas autorizados por ele.

Essas exigências e incorporações progressivas ao seu trabalho, tanto de atividades quanto de responsabilidades, por analogia ao mito de Sísifo, pode configurar-se a um aumento do tamanho da pedra a ser por ele deslocada. É como se a pedra, ao ser rolada cume acima e ao rolar montanha abaixo, nesse movimento incessante de vai-vem, acumulasse partículas que, ao manterem-se grudadas nela, fossem se somando ao seu peso, portanto, tomando sua movimentação cada vez mais difícil e penosa.

Mesmo que o enfermeiro possa configurar-se como o profissional incumbido de cumprir e fazer cumprir as disposições institucionais, muitas vezes, dependendo do teor que veiculam e das conseqüências que podem advir de sua transgressão, pode haver o **descumprimento de determinações, rotinas e normas instituídas**, como ilustra a seguinte passagem.

Uma auxiliar de enfermagem comunica à enfermeira que um auxiliar de enfermagem de outra unidade, amigo de determinado paciente acidentado, está pedindo autorização para vê-lo. A enfermeira consente e comenta: “se funcionário do hospital não tiver alguma regalia, então quem pode ter?”. Data: 15.07.97; Turno: Noite.

Em tais situações, seu descumprimento parece não se caracterizar como uma afronta direta à autoridade que as estabeleceu, mas porque sua transgressão não se configura como algo que acarrete prejuízos ao trabalho assistencial. Inclusive, como na situação a seguir apresentada, a inobservância ao estabelecido favorece o desenvolvimento de relações transversalizadas entre os diferentes profissionais, gerando possibilidades do estabelecimento de laços de camaradagem e de um ambiente mais solidário, descontraído, harmônico e fortalecedor.

A enfermeira entra na sala da enfermagem e sai de posse de uma cuiá. Dirige-se ao expurgo, despreza a erva e lava a cuiá. Retorna à sala da enfermagem e, enquanto prepara um novo chimarrão, faz o

seguinte comentário: “a chefe já proibiu de se tomar chimarrão e fazer reuniões aqui, mas a gente se reúne. Seja médicos, enfermeira, auxiliares de enfermagem ou estagiários, todos tomam chimarrão”. (...) Dois estagiários de medicina entram na sala da enfermagem para tomar chimarrão. A estagiária de medicina, de posse de um jomal, lê para os demais o que estava previsto em seu horóscopo. Por sugestão da enfermeira, lê o horóscopo de todos os presentes, motivando risos e conversas jocosas. A seguir, conversam animadamente sobre futebol e preferências futebolísticas. (...) A enfermeira aproxima-se de uma paciente, pergunta se já havia aliviado a dor precordial e lhe administra a medicação que preparara. Antes de afastar-se, pergunta descontraidamente sobre sua preferência futebolística, originando troças e muitas gargalhadas.... Data: 25.06.96; Turno: Tarde.

O teor do relatado pela enfermeira em relação às determinações da chefia de enfermagem ilustra seu caráter eminentemente disciplinar. Das poucas oportunidades em que me foi possível presenciar as interações chefia de enfermagem-enfermeiro, todas elas apresentaram características de mesma natureza, permeadas por recomendações de serem observadas e cumpridas as determinações, rotinas e normas instituídas. Muitas delas, fazendo menção ao seu descumprimento, veicularam uma carga ameaçadora de punições, em caso de reincidências.

Em tais casos, a meu ver, a afirmativa de Ferraz (1995, p. 189) mostra-se pertinente, quando apresenta que as chefias de enfermagem representam uma “minoridade de enfermeiros que faz parte de corporações tecnocráticas e sustentam um poder totalitário, basicamente, no enfraquecimento e na submissão do conjunto dos profissionais de enfermagem”, como ilustra a transcrição de fragmentos das anotações de campo a seguir.

Ao entrar no posto de enfermagem, a enfermeira presencia o chefe de enfermagem, num tom de voz ameaçador e de modo autoritário, proferindo palavras de repreensão aos auxiliares de enfermagem presentes, dizendo: “serão cobradas, com rigor, as rotinas com a separação do lixo. Vocês aqui são privilegiados. Esta é a unidade que tem mais pessoal. Se vocês não cumprirem e

colocarem o lixo em qualquer lugar, eu vou transferir para outras unidades". Comenta com a enfermeira acerca do descumprimento do estabelecido e solicita: **"passa na passagem de plantão para que o pessoal separe o lixo. Diz para eles que serão tomadas medidas punitivas àqueles que não cumprirem".** Após, profere mais algumas palavras e reforça as ameaças e retira-se. O clima originado por tal investida da chefia gera comentários que denotam indignação, revolta e descontentamento. (...) Antes de dar por encerrada a passagem de plantão, a enfermeira reforça a recomendação da chefia à sua colega supervisora da noite para que comunicasse ao pessoal do noturno e para as enfermeiras da manhã, as determinações da chefia de enfermagem sobre a separação do lixo. Comenta novamente sobre o teor e a carga de ameaça veiculada em suas recomendações. **Data: 27.05.97; Turno: Tarde.**

Os contatos provocados pelos enfermeiros com suas chefias foram essencialmente para queixarem-se da precariedade das condições para realizar o trabalho assistencial e esclarecerem algumas condutas adotadas e situações que repercutiam no andamento do serviço. Por sua vez, as chefias de enfermagem comportaram-se muito mais como representantes das respectivas administrações, exigindo do enfermeiro o exercício de um tipo de controle, a meu ver, fundamentado muito mais na aparência do que na efetividade dos atos, como caracteriza a situação apresentada a seguir.

O chefe de enfermagem comunica à enfermeira que ela deverá observar determinadas enfermarias, dizendo: "seguidamente, elas têm sido utilizadas pelo pessoal do noturno para dormir. Há queixas de que não estão sendo dadas determinadas medicações e verificados os sinais vitais...". A enfermeira comenta: **"tenho feito cobranças para o pessoal da minha noite, mas eles dizem que, sempre que podem, fazem. Reclamam que alguns procedimentos é que já não têm sido feitos nos demais turnos".** O chefe de enfermagem recomenda que qualquer coisa que seja detectada seja relatada à chefia. A enfermeira acrescenta: **"na minha noite, o pessoal das unidades está reclamando da falta de estetoscópio e esfigmomanômetro. Mesmo assim, alguns da outra noite e os do dia anotam que realizaram e fazem seu registro. Como pode ser possível, se não têm o aparelho?",** ficando sem resposta sua pergunta. (...) O chefe de enfermagem, antes de sair, recomenda à enfermeira: **"realiza um controle máximo, porque a administração está exigindo isso de mim... Têm de ser comunicadas as dietas e, principalmente, os NPOs, que não estão sendo comunicados a tempo... Os pedidos de**

material não estão indo nas prescrições como havia sido solicitado...". A seguir, o chefe de enfermagem faz comentários acerca das limitações financeiras enfrentadas pelo hospital e da necessidade de serem observadas todas as suas recomendações. Após, profere algumas palavras que o mostram bastante intolerante com a forma como os funcionários têm se comportado. Sai e despede-se da enfermeira. Data: 08.07.97; Turno: Noite.

É difícil acreditar que uma chefia não saiba da precariedade das condições materiais e humanas para a realização dos cuidados, porque a maioria dos contatos presenciados, quando provocados pelos enfermeiros com suas respectivas chefias, foram por esse motivo. Porém, apesar das chefias serem freqüentemente comunicadas da inexistência ou da precariedade das condições materiais e humanas para a realização dos cuidados, parece que tais comunicações e solicitações decorrentes são por elas desconsideradas, como se o serviço reunisse condições suficientes e necessárias para seu funcionamento: apenas a checagem na prescrição médica ou sua falta e a presença ou a ausência de registro na folha de controles é que permite que sejam detectadas a realização ou não de determinados procedimentos que as próprias condições materiais oferecidas, por si só, já inviabilizam.

Evidencia-se, desse modo, a intenção da chefia de muito mais controlar do que direcionar e qualificar a prática assistencial desenvolvida pelos trabalhadores da enfermagem (Ferraz, 1995). Permanece muito mais como uma instância disciplinar e controladora do que operacional e promotora das condições materiais, humanas e técnicas para viabilizar a própria assistência. Ao não chamar para si as responsabilidades administrativas de gestionar junto à administração superior pelas condições necessárias e suficientes para viabilizar a realização do trabalho assistencial e ao não explicitar ou nem mesmo estabelecer as diretrizes gerais do próprio serviço, no âmbito macro,

tais funções necessariamente têm que se dar no âmbito micro, desviando o enfermeiro da administração da assistência e forçando-o a direcionar sua atuação para a administração dos recursos materiais e humanos de que dispõe, em detrimento do planejamento da assistência e da realização de cuidados diretos.

As ações das chefias parecem direcionar-se muito mais às punições ou possíveis ameaças de punições que a “desobediência” às normas podem acarretar. Desse modo, parecer obediente parece ser percebido como ser obediente. A checagem de determinado item da prescrição médica ou a presença de registros na folha de controles parecem corresponder às suas reais realizações, constituindo-se, assim, em possível estratégia suficiente para conter a ira das chefias.

Percebe-se, assim, como uma prática por vezes comum dos enfermeiros que ocupam os cargos mais altos na estrutura institucional, a explicitação do desejo de poder e a valorização de suas posições hierárquicas “vendo-se investidos de uma missão especial, sustentada no próprio saber tecnocrático, o qual tem como característica primordial o controle absoluto de todas as coisas” (Ferraz, 1995, p. 134).

As determinações, rotinas e normas institucionais, quando revestidas de um caráter racional, mostram-se mais fáceis de serem controladas pelas chefias e possibilitam, muitas vezes, não o exercício da autoridade, mas o exercício de ações autoritárias. Pela possibilidade da aplicação de punições aos faltosos, encerra o poder de submeter, constituindo-se num ritual que confere um caráter de subalternidade ao ato de sua obediência, diferentemente do teor do seguinte fragmento de minhas anotações de campo.

Após visitar os pacientes da última enfermaria, durante seu deslocamento para o posto de enfermagem, a enfermeira encontra-se com a coordenadora de enfermagem presente na unidade, naquele momento. A coordenadora dirige-lhe a palavra e diz: “percebi a presença de familiares junto àquela moça, sem ter necessidade...”. A enfermeira lhe faz algumas colocações e afasta-se em direção ao posto de enfermagem. (...) Nesse ínterim, após ter falado com os familiares presentes, a coordenadora aproxima-se da enfermeira e comunica-lhe: “após avaliar a situação, autorizei a permanência da mãe junto à menina... é a primeira internação dela”. Data: 23.05.97; Turno: Tarde.

Muitas das normas institucionais parecem encerrar possibilidades de serem ignoradas ou permitem ser desconsideradas, com base em avaliações e posteriores tomadas de decisão do profissional. Porém, sempre que alguma decisão possa vir a ser questionada, como estratégia, parece que não há nada melhor do que colocar quem a questiona em confronto direto com as personagens envolvidas na situação que a originou.

Assim, esta forma de agir parece permitir ao enfermeiro que não ocorra seu desgaste desnecessário com argumentações percebidas como mera perda de tempo. A própria chefia de enfermagem, ao ser envolvida efetiva e afetivamente na situação, parece poder compartilhar também dos motivos para a inobservância ao instituído e, desse modo, não consegue exercer sua autoridade de forma tão racional e acentuada, como quando se mantém à distância.

Várias situações servem para ilustrar como determinadas normas podem vir a ser “quebradas” e, nem por isso, necessariamente, comprometerem o andamento do trabalho assistencial. Sua ocorrência geralmente se dá em resposta a solicitações originadas por incompatibilidades apresentadas para serem cumpridas na íntegra, como caracteriza a seguinte transcrição de minhas anotações de campo.

O marido de uma paciente internada por gravidez anembrionária comenta com a enfermeira acerca de sua impossibilidade de comparecer ao hospital nos horários de visita estabelecidos, em decorrência da imprecisão do horário de trabalho (motorista de caminhão). A enfermeira lhe tranqüiliza e lhe assegura que vai deixar avisado para o pessoal do turno seguinte que lhe seja permitido ver sua esposa. A seguir, dá uma série de explicações de como deve proceder, quando retornar ao hospital, em horários distintos daqueles estabelecidos para a visitação. Data: 22.05.97; Turno: Tarde.

Sua flexibilização decorre de tomadas de decisão que correspondem a uma conduta autônoma do enfermeiro, em resposta às exigências externas e resultantes de um processo de análise, avaliação e julgamento, desse modo, permitindo espaço para a emergência de aspectos de sua subjetividade. A situação a seguir ilustra como a atuação do enfermeiro não precisa se resumir apenas aos aspectos técnicos dos procedimentos que realiza, mas contempla aspectos da ordem das relações humanas, do compromisso, da solidariedade, das emoções, dos afetos, ou seja, contempla aspectos da ordem do desejo.

Um paciente, durante a realização de seu curativo em escara na região sacrococcígea, refere para a enfermeira: “eu gostaria tanto de ir para casa, no domingo. É a primeira comunhão da minha caçula, mas esqueci de falar com o médico...”. A enfermeira diz para ele: “eu vou falar com o cirurgião. Eu vou tentar conseguir que o senhor seja liberado domingo para ir para casa... pelo menos, no iníciozinho da manhã e retornar à noitinha, tá?”. O paciente argumenta: “eu poderia ir antes, pois tem gente para fazer meu curativo em casa”. A enfermeira contra-argumenta: “Não, é melhor que seus curativos sejam feitos no hospital. Se houver uma infecção, a cirurgia (enxerto de pele) terá que ser suspensa. (...) Domingo eu estou de plantão. Eu faço seu curativo bem cedinho e a ambulância leva o senhor até sua casa. A gente já deixa acertado o horário de volta e a ambulância vai buscar o senhor. Quando o senhor chegar, eu faço novamente o curativo, antes do término do meu plantão...”. Data: 23.05.97; Turno: Tarde.

Do mesmo modo que a transgressão do instituído pode representar a emergência de atos de autonomia e do desejo, o não cumprimento de

determinada rotina pode configurar-se num assujeitamento à vontade de outrem, como ilustra a seguinte transcrição das anotações de campo.

Uma acadêmica de enfermagem aproxima-se da enfermeira e lhe pergunta acerca dos procedimentos necessários ao preparo de determinado paciente para determinado tipo de cirurgia, em decorrência da restrição feita à realização da tricotomia. A enfermeira lhe esclarece, reportando-se à determinado médico cirurgião: “ele não permite que se faça a tricotomia na unidade. Quando uma cirurgia é realizada por ele, a tricotomia é feita somente no bloco. Isso é para o caso de uma possível suspensão da cirurgia. Sua realização em data posterior pode gerar a necessidade de realizar a tricotomia novamente, provocando, assim, mais micro-lesões na pele”. Data: 26.05.97; Turno: Manhã.

Se o argumento para a inobservância a essa rotina mostra-se racional, sustentado por aspectos técnicos e científicos incontestáveis, por que não modificá-la e estendê-la para todos os pacientes que irão submeter-se a uma intervenção cirúrgica?

Parece óbvio que esse assujeitamento não se apresenta apenas como um ato de obediência à vontade alheia, mas atende também a determinados interesses, ainda que parciais. Atende aos interesses daqueles que trabalham nesse setor, em detrimento dos que trabalham no centro cirúrgico. Estes últimos assumem os encargos decorrentes dessa conduta, ao sujeitarem-se, desse modo, às imposições dessa forma de execução do trabalho.

Um trabalho que pode ser pautado por uma rotina diferenciada, ditada pelas preferências de outro profissional, contrapondo-se às determinações gerais da própria instituição, mas aceita tanto pelos que a deixam de cumprir como pelos que passam a cumpri-la, aparentemente com base em suas justificativas. Mesmo que assim seja, parece decorrer de um ato de sujeição dos profissionais da enfermagem a um outro profissional, provavelmente

sustentado na tradição que confere ao médico a última palavra em relação às condutas a serem seguidas e explicitadas em uma prescrição médica.

5.5.6 - PASSAGEM DE PLANTÃO: RITUAL DE SUBALTERNIDADE DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM À PRÁTICA MÉDICA

Como foi destacado, anteriormente, muitas formas são utilizadas, até mesmo, num mesmo hospital, para a passagem de plantão, desde sua quase total inexistência, como no hospital B, basicamente reduzindo-se à leitura dos livros de registro de ocorrências, tanto da chefia de enfermagem, como dos respectivos setores ou unidades cobertos por uma mesma enfermeira supervisora do noturno. Uma delas expressou-se da seguinte forma:

“primeiramente, sempre me faço presente nas unidades que me chamam para resolver algum tipo de problema. Somente depois, e se der tempo, compareço às demais”. Data: 17.06.97; Turno: noite.

Por outro lado, há a passagem de plantão verificada em alguns setores ou unidades do hospital A, realizada junto ao leito de cada paciente, tal qual ilustrada por trechos de minhas anotações de campo, a seguir transcritos:

A passagem de plantão processa-se junto ao leito de cada criança internada, quando são observadas as suas principais características relativas ao diagnóstico médico, sinais e sintomas, medicamentos, soros e exames solicitados ou realizados, seus resultados, descrição acerca da alimentação, eliminações; inclusive, a enfermeira da tarde aproxima-se de um leito vago, descreve para a enfermeira do noturno, com detalhes, as condições de alta, podendo ser percebido um semblante de satisfação em ambas. (...) A passagem de plantão dá-se de quarto em quarto, apesar de muitas crianças e as respectivas mães não se encontrarem presentes, naquele momento, por estarem assistindo televisão, na sala do lazer. Data: 14.07.97 Turno: Noite.

Neste fragmento das anotações de campo pode-se perceber seu caráter ritualístico, ainda que como uma inovação em termos de passagem de plantão. Provavelmente, essa performance junto à cabeceira do doente tenha suas

justificativas fundadas em uma certa racionalidade: oportunizar não só o recebimento das informações, mas, *in loco*, poder constatar a veracidade das mesmas, poder observar, perceber, estabelecer prioridades de atenção, de acompanhamento, dentre outras e muitas justificativas plausíveis.

O ritual pode ser constatado quando, apesar da ausência dos pacientes, as enfermeiras continuavam a agir como se os mesmos se encontrassem presentes: apontando para o respectivo leito vazio; descrevendo suas características; relatando suas condições, sua sintomatologia, seus progressos, os principais elementos da prescrição médica a ser seguida, dentre outros, contudo pouco diferente, em conteúdo, da tradicional passagem de plantão preconizada pela escola. A circunstância ritualística da ida ao leito para troca de informações, porém, constitui-se num modo diferenciado em relação às formas tradicionais.

Em relação às informações pertinentes às condições durante a alta hospitalar, informações estas que, seguramente, não teriam, sob o ponto de vista estritamente racional, nenhuma objetividade, por não atender as necessidades específicas para a organização e o andamento do trabalho atual, percebe-se que seu compartilhamento constitui-se num momento sumamente importante, por implicar o gozo do prazer no trabalho, decorrente de seus resultados. E é esse prazer com o resultado do trabalho que nutre e fortalece o gosto dos trabalhadores da enfermagem pelo tipo de trabalho que realizam, apesar dos desgastes, das carências, das dificuldades, enfim, do sofrimento que contém (Lunardi Filho, 1995).

O fragmento das anotações de campo a seguir selecionado apresenta a passagem de plantão em sua forma mais próxima da tradicional, preconizada e treinada no sistema formal de ensino da enfermagem:

A passagem de plantão é realizada no posto de enfermagem, com a presença de todos os profissionais de enfermagem, tanto dos que estão encerrando sua jornada de trabalho, como dos que a estão iniciando. A passagem dá-se de paciente a paciente, em correspondência ao número dos quartos e leitos, com a descrição geral das condições das mães e de seus respectivos filhos, bem como de suas especificidades e de outros aspectos considerados relevantes. Todos participam da passagem de plantão, com indícios de conhecerem os pacientes, prestando esclarecimentos e informações. A enfermeira da tarde faz anotações em uma folha de papel, de acordo com as informações dadas. (...) Após mais alguns comunicados, contemplando aspectos organizacionais e ambientais, termina a passagem de plantão. A enfermeira da tarde, de posse de suas anotações, levanta-se e sai do posto de enfermagem, em direção às enfermarias. Data: 22.05.97; Turno: Tarde.

Como se pode perceber, embora a passagem de plantão essencialmente não se diferencie quanto ao conteúdo que veicula, em relação à situação anterior, constitui-se num momento de compartilhamento das informações por todos os profissionais de enfermagem, no qual os que estão encerrando seu turno de trabalho passam as informações que consideram suficientes e necessárias aos que estão iniciando o novo turno para poderem executar o trabalho.

Muitos dos fragmentos das anotações de campo, até aqui destacadas, permitem não só que seja vislumbrado o teor das passagens de plantão como, também, possibilitam que sejam percebidas/destacadas as principais preocupações da enfermagem no seu dia a dia de trabalho: implementar as determinações médicas e reunir as condições materiais para que possam efetivar-se, ou seja, contempla aspectos tanto em relação às condições dos pacientes como das condições ambientais, organizacionais e operacionais

(in)disponíveis para a realização do trabalho. Durante a realização da passagem de plantão, percebe-se, além da ênfase colocada na precariedade das condições oferecidas para a realização do trabalho, a preocupação constante com a organização do ambiente do cuidado, em termos de limpeza, higiene, segurança, funcionalidade, dentre outras.

Desse modo, dá para perceber, principalmente, as dificuldades que devem ser enfrentadas, diuturnamente, no tocante a recursos materiais, técnicos e humanos, para que até mesmo estas atividades decorrentes da implementação da prescrição médica possam ser realizadas. Portanto, as demais ações de cuidados de enfermagem, por não serem contempladas com a mesma ênfase dada às ações prescritas pelos médicos, ficam extremamente prejudicadas pelas carências materiais e humanas com as quais o enfermeiro e os demais trabalhadores da enfermagem deparam-se diariamente.

Tais ações, ao não serem contempladas com o devido destaque, poder-se-ia dizer que são marginalizadas por sua omissão, parecendo adquirir um caráter rotineiro e secundário. Por serem consideradas como rotinas, simplesmente pressupõe-se que aconteçam ou que devam acontecer conforme o preconizado pela norma, mesmo que sem as condições necessárias e suficientes para isso. Terminam por ser consideradas sem grande importância no contexto assistencial, ofuscadas que são pela centralidade conferida à prescrição médica e pela constante busca das condições das quais esta mesma prescrição depende para sua implementação.

A passagem de plantão, independentemente da forma como se processa, constitui-se, sob esta ótica de análise, num ritual em que ao ser destacado basicamente aquilo que tem a ver com as determinações médicas, a

meu ver, relega o próprio fazer da enfermagem a um apêndice de tais determinações. Assim, parece servir para reforçar o mito de sua subalternidade ao trabalho médico, como se quase nada ou muito pouco representasse no contexto global da assistência. Deleuze e Guattari (1966), citando Lacan, apresentam que o mito não se torna apenas um signo, mas realiza-se nos rituais. Portanto, um mito não se conserva sem um rito.

Desse modo, a passagem de plantão como um todo, pelo tipo de ênfase e pelo teor do conteúdo que veicula, pode vir a constituir-se no principal rito de fortalecimento da representação da enfermagem como um trabalho subalterno e, assim, percebido como essencialmente dependente das determinações médicas, pela centralidade que lhes é conferida, até mesmo por sua adesão quase que total ao modelo bio-médico, resultado de sua evolução histórica e social como trabalho assalariado, no modo de produção capitalista.

5.5.7 - A CENTRALIDADE DA PRESCRIÇÃO MÉDICA NO TRABALHO ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM E DO ENFERMEIRO

Durante as observações realizadas, pude perceber, tanto através de ações, como de verbalizações dos enfermeiros, a inserção da prescrição médica numa posição de centralidade para o fazer da enfermagem, como o evidenciado nesse relato:

*... a enfermeira pega mais um pequeno número de prescrições médicas que vão, aos poucos, sendo realizadas pelos vários médicos residentes e estagiários de medicina que desenvolvem suas atividades nesta unidade, pondo-se a aprazá-las. Dirigindo-se a mim, faz o seguinte comentário: **ah! eu faço questão de aprazar as prescrições. O aprazamento das prescrições médicas é uma forma que eu tenho de estabelecer contato com a condição de cada paciente**". Data: 21.05.97; Turno: tarde.*

Essa forma de raciocínio, quando presente, a meu ver, não só pode colocar o trabalho da enfermagem numa posição de extrema dependência do ato médico como parece servir também para reforçar o mito de sua subalternidade à medicina. Confere, a meu ver, à prescrição médica um conteúdo que, por si só, parece adquirir um caráter organizador e informativo, percebido como suficiente e exclusivo para direcionar a atuação assistencial do conjunto dos trabalhadores da enfermagem, especialmente a do enfermeiro. Tal racionalidade possivelmente conduz à suposição de que, de acordo com o teor do que está contido numa prescrição médica, na grande maioria dos casos, esta poderia até mesmo vir a ser considerada como capaz de substituir o contato direto com o paciente.

Assim, essa ótica poderia favorecer a percepção de uma possível liberação ou de postergação da aproximação do enfermeiro ao paciente para observar, questionar, examinar, avaliar e, finalmente, decidir sobre quais os cuidados necessários, com vistas à adequação, continuidade e integralidade da assistência de enfermagem, em particular, e da assistência à saúde, como um todo.

A centralidade posta na prescrição médica, no direcionamento das práticas assistenciais desenvolvidas pelos trabalhadores da enfermagem, em geral, pude perceber já durante a própria passagem de plantão, ao serem, predominantemente, ressaltados os principais elementos de sua constituição, pertinentes a cada paciente em particular. O envolvimento dos profissionais de enfermagem com sua execução e implementação parece consumir grande parte de seu tempo, especialmente o tempo do enfermeiro, ao ocupar-se, principalmente, de sua revisão, checagem, aprazamento e, muitas vezes, tendo

que sair em busca de sua elaboração, correção e complementação, como pode ser caracterizado pelo que segue:

A enfermeira, ao avistar determinado médico residente, solicita-lhe que preencha a justificativa para o uso do antibiótico prescrito, esclarecendo-lhe que sem ela a farmácia não o forneceria. (...) Um outro médico residente entrega-lhe as prescrições que acabara de realizar. (...) A enfermeira retoma ao posto de enfermagem e recomeça, de pé, junto à escrivaninha, a aprazar as demais prescrições médicas, distribuindo e colocando as já aprazadas nas pranchetas dos auxiliares de enfermagem, removendo as anteriores, quando nada mais houvesse para checar. (...) Nesse ínterim, um médico residente comparece ao posto de enfermagem para atender a um telefonema. Enquanto isso, a enfermeira separa algumas prescrições elaboradas por estagiários de medicina e entrega-as para ele apor sua assinatura e carimbo, fazendo alguns comentários. (...) comunica a um dos médicos residentes presentes que determinada paciente recebera alta e que outra, ainda, encontrava-se sem prescrição. Informa ao outro médico residente que o número de ampolas a ser entregue pela farmácia deve ser indicado para os medicamentos que tem necessidade de receituário próprio, solicitando-lhe que o preencha corretamente, pois, caso contrário, a farmácia não os enviaria. Data: 23.05.97; Turno: Tarde.

Muitas são as situações observadas, nas quais as prescrições médicas aparecem como “elemento organizador inicial” das práticas de cuidados, pois, geralmente a partir delas, no início de cada jornada, são distribuídas as tarefas relativas à assistência dos pacientes entre os auxiliares de enfermagem presentes no trabalho. A seguir, transcrevo alguns trechos de minhas anotações de campo para ilustrar esta conduta observada:

... consultando suas anotações da passagem de plantão, a enfermeira faz a distribuição das tarefas relativas à assistência dos pacientes entre os auxiliares de enfermagem. Pega as prescrições médicas que se encontravam á mão, checa o quadro de exames e as respectivas requisições. (...) Enquanto comenta sobre determinado assunto com uma auxiliar de enfermagem, começa a revisar e a aprazar as prescrições médicas que vigorarão a partir das 18 horas. (...) À medida que as vai aprazando, complementa as anotações que fizera durante a passagem de plantão. Solicita a um médico residente que se aproxima, indicações sobre a forma de realização de determinado curativo prescrito. (...) ... levanta-se e pega algumas prescrições médicas já aprazadas, coloca-as na prancheta do auxiliar de enfermagem escalado para atender os respectivos pacientes e remove as prescrições médicas anteriores.

(...) Informa a uma auxiliar de enfermagem que entra no posto que determinado paciente deve receber, naquele momento, uma medicação prescrita na nova prescrição médica. Ao ser informada que essa medicação não tem no posto de enfermagem, na "gaveta das sobras", recomenda para que seja imediatamente buscada na farmácia. Data: 23.05.97; Turno: Tarde.

Muitas outras, também, são as situações presenciadas que evidenciam a centralidade posta na prescrição médica e que, a meu ver, conferem-lhe um prestígio desproporcionado, no contexto global da assistência. Dentre essas situações, pode ser destacada a série de recomendações e de cuidados que derivam de sua leitura e interpretação e que, para sua implementação, exige do enfermeiro não só alertar, mas estabelecer algo semelhante ao que eu classificaria como um "arremedo de planejamento", para que a assistência possa ser um pouco mais adequada às necessidades, características e especificidades do paciente, contemplando-o com cuidados que, na maior parte das vezes, tanto a prescrição médica não explícita como nem a própria rotina garante, porque possivelmente ambas, por si só, não dão conta desses aspectos, o que tão bem podem ser ilustrados pelo trecho, a seguir, destacado:

De posse de uma prescrição médica, a enfermeira realiza comentários e recomendações à auxiliar de enfermagem incumbida de prestar os cuidados ao respectivo paciente. (...) Seleciona uma prescrição médica e, de posse da mesma, faz sua leitura e as recomendações julgadas pertinentes à auxiliar de enfermagem escalada para atender o respectivo paciente. (...) uma auxiliar de enfermagem realiza uma pergunta relativa a determinado item da prescrição médica e a enfermeira presta-lhe as orientações solicitadas. Data: 23.05.97; Turno: Tarde.

Em determinadas unidades de internação, esse aspecto central da prescrição médica mostra-se tão forte que há todo um tratamento especial dado a ela, constituindo-se num verdadeiro ritual que privilegia, sobremaneira, a terapêutica medicamentosa e demais componentes da prescrição médica, como

ilustram os trechos selecionados de minhas anotações de campo, a seguir transcritos:

A enfermeira, de posse de um certo número de prescrições médicas, começa a transcrever para papeluchos os medicamentos prescritos para o primeiro horário da manhã, com vistas a “facilitar o trabalho dos auxiliares de enfermagem”, em decorrência da falta de um deles ao trabalho, verificada desde o início do turno. Data: 26.05.97; Turno: manhã.

A enfermeira comunica aos auxiliares de enfermagem que vai “tirar” a medicação, salientando que, antes, irá ao berçário. (...) Ao entrar no berçário, cumprimenta a auxiliar de enfermagem, consulta a prescrição médica e pergunta se já fora trocada a sonda nasogástrica, recebendo uma negativa como resposta. A enfermeira solicita-lhe que prepare o material e o reserve para que ela possa, num próximo retorno, proceder a troca da sonda. (...) Retorna ao posto de enfermagem, senta-se junto ao balcão e, de posse das prescrições médicas, registra em papeluchos: nome da criança, número do leito, nome dos medicamentos, dose, via e horário. À medida que realiza a transcrição dos medicamentos prescritos para o horário, checa na respectiva prescrição médica. (...) Uma auxiliar de enfermagem entra no posto de enfermagem e comunica que determinada criança apresenta-se com 37,7 graus centígrados. (...) consultando a prescrição médica, recomenda à auxiliar de enfermagem para que faça a medicação antipirética prescrita. (...) Após, senta-se novamente e põe-se a registrar em folha própria para tal fim, com base nas prescrições médicas, a relação dos pacientes internados. Enquanto isso, uma auxiliar de enfermagem, de posse dos papeluchos preenchidos pela enfermeira, prepara as medicações para serem administradas. (...) A enfermeira entra no berçário, aproxima-se do balcão de materiais, seleciona o material necessário para a realização da sondagem nasogástrica, conferindo na prescrição médica o número da sonda prescrita. Data: 29.05.97; Turno: tarde.

A característica da prescrição médica de poder constituir-se no elemento organizador inicial das práticas de cuidado implica uma divisão da jornada de trabalho em períodos destinados à execução e implementação dos procedimentos nela contemplados, que adquirem um caráter prioritário porque dela decorrem, como pode ser percebido nas situações anteriormente e a seguir apresentadas:

... a enfermeira, de posse das prescrições médicas, põe-se a transcrever para papeluchos as medicações para os respectivos

horários cobertos pelo turno. A seguir, emite o seguinte comentário: “anteriormente, toda a medicação era feita pela enfermeira do turno, mas isso foi se tornando impossível de realizar pelo excesso de trabalho que se tem, daí, começamos a delegar para os auxiliares de enfermagem”. (...) A enfermeira, após concluir a transcrição da medicação prescrita para os papeluchos, separa-os por horário e, a seguir, passa-os para os auxiliares de enfermagem. Comenta que “cada um dos auxiliares é responsável pela totalidade das medicações de um horário específico; às 8, 10 e 12 horas. Uma quarta auxiliar de enfermagem fica responsável pelo material e a manutenção do posto e sua organização são atribuições de todos”. Data: 16.06.97; Turno: manhã.

A seguir, alerta a uma outra auxiliar de enfermagem que as prescrições médicas, à exceção de uma, encontram-se prontas para serem levadas à farmácia, recomendando-lhe que o fizesse naquele momento. Após ter aprazadas todas as prescrições médicas que lhe chegaram às mãos e realizadas sua distribuição entre os auxiliares de enfermagem, a enfermeira informa aos que se encontram presentes no posto de enfermagem sua ida às enfermarias para proceder a visita aos pacientes. Data: 23.05.97; Turno: Tarde.

Desse modo, ao serem priorizados, esses procedimentos decorrentes da prescrição médica parecem configurar-se como a essência da assistência, deslocando para a marginalidade as demais práticas cotidianas de cuidado, ao que parece, fundamentalmente caracterizadas como algo rotineiro. Por sua vez, o próprio controle das ações de cuidado parece que se resume à checagem dos itens que compõem as prescrições médicas em seu conjunto, de forma explícita e em atenção às exigências normativas institucionais. Os demais cuidados, como numa operação casada, parece que, automaticamente, vêm embutidos nos itens de tais prescrições, prescindindo de explicitação, aparentemente sem ter necessidade de planejamento prévio e mostrando-se fugidios a qualquer forma de controle mais efetiva, porque desprovidos de qualquer mecanismo mais específico de registro.

Ressalte-se que, nessa perspectiva, o trabalho da enfermagem é modelado por tecnologias prescritivas, associadas ao paradigma tradicional do

modelo assistencial centrado na prescrição e no diagnóstico médicos. Cabe ressaltar que o real nunca é dado na sua aparência imediata, correspondendo sempre à sua captação subjetiva. Desse modo, há a necessidade de “desqualificar o dado imediato de consciência como significativo do real em sua essência”, transformando-o, pela razão, em dado mediado de conhecimento. Daí, “ser necessário romper a conexão entre o real e sua captação subjetiva e restabelecê-la objetivando-a, em outro nível”. A concepção mesma do real origina essa necessidade, tornando possível definir essa ruptura como epistemológica (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 23-24).

Assim, se o paradigma não sofrer rupturas epistemológicas, a simples intenção de ruptura da hierarquia decorrente não será suficiente para localizar os enfermeiros e seu trabalho no conjunto da assistência à saúde como co-partícipes, com ligações complementares com mesmo grau de autoridade, para discernir opções mais amplas para a realização de seu trabalho. Portanto, para romper com o instituído, com aquilo percebido e tido como o normal, o natural e o correto (captação subjetiva) é preciso que se tenha bem claro que se faz necessário adotar uma outra perspectiva, na qual se considere que

uma verdadeira ruptura é algo a que não se pode voltar, que é irremissível porque faz com que o passado tenha deixado de existir. (...) na ruptura, não apenas a matéria do passado se volatilizou, mas a forma do que aconteceu, de algo imperceptível que se passou em uma matéria volátil, nem mais existe (Deleuze e Guattari, 1996, p. 72).

Como se pode perceber, a centralidade conferida à prescrição médica, em todas as situações anteriormente apresentadas, aparenta ser a principal responsável pelas condutas manifestadas pelo conjunto dos trabalhadores da enfermagem. Nesse aspecto, não se pode negar que, ao assim se pautarem,

essas condutas configuram-se como essencialmente dependentes das ações médicas. Em decorrência da importância que as prescrições médicas adquirem nessa ótica de avaliação, parece que as condutas de cuidado da enfermagem só podem acontecer como conseqüência delas, porque tais prescrições médicas são tidas e percebidas, muitas vezes, como detentoras de uma suficiência capaz de não só direcionar as ações de enfermagem, mas de subsidiá-las com as informações necessárias para o estabelecimento de grande parte das situações de cuidado.

Essa forma de tratamento dado às prescrições médicas, a meu ver, confere-lhes um estatuto bastante aproximado aos demais objetos de trabalho da enfermagem. Os fragmentos das anotações de campo anteriormente apresentados demonstram, em seu conjunto, a atenção, o zelo e os cuidados dispensados no trato com as prescrições médicas: seu aprazamento, sua correção e complementação, quando detectadas falhas ou incorreções; a obstinada busca por sua elaboração, quando ainda não realizada; seu pronto destino àqueles que a vão implementar; seu arquivamento imediato, no prontuário do paciente, tão logo expirado seu prazo de validade; seu encaminhamento à farmácia, mesmo que ainda em número incompleto, não cobrindo a totalidade dos pacientes internados e, certamente, vindo a exigir outros deslocamentos do pessoal de enfermagem, seja para perseguir e, assim, conseguir sua elaboração, seja para seu pronto encaminhamento à farmácia, logo que as prescrições faltantes e/ou correspondentes a alterações ou a novas internações sejam elaboradas para, desse modo, enfim, podê-las seguir.

Para melhor ilustrar esses atos, bem como todos os jogos, os ardis, as artimanhas e sutilezas que se mostraram bastante comuns nas condutas diárias dos trabalhadores da enfermagem, em perseguir para conseguir e, finalmente, poder seguir uma prescrição médica, destaco a seguir, um trecho de minhas anotações de campo. Embora longo, representa, em síntese, o protótipo das observações feitas da atuação cotidiana da enfermagem, em relação a esses aspectos ligados à frenética e obstinada busca de uma prescrição médica.

Uma auxiliar de enfermagem informa à enfermeira: “a Dona... (determinada paciente) chamou e disse que está com muita dor. Não tem nenhum medicamento prescrito, nenhum analgésico...”. A enfermeira comenta comigo: “esta é uma paciente residente. Permanece internada sempre. Recebe alta administrativa de tempos em tempos, sendo reinternada no mesmo dia. Coitada! Não chega nem a sair do hospital, nem mesmo muda de unidade...”. A seguir, pega o telefone e liga para o médico plantonista do pronto socorro, comenta o assunto, presta informações sobre o caso e a medicação costumeira e solicita sua prescrição, indicando à auxiliar de enfermagem que vá pegá-la no pronto socorro e buscar os medicamentos na farmácia. Nesse meio tempo, outra auxiliar de enfermagem faz-se presente no posto de enfermagem e comunica: “a paciente do leito... (determinada enfermaria e cama) tá com a pressão alta. Tá apresentando 24x16”. A enfermeira pergunta-lhe: “tu verificaste com o aparelho bom?”, recebendo uma resposta afirmativa. A enfermeira consulta a prescrição médica e certifica-se de que não há nenhum anti-hipertensivo prescrito. A auxiliar de enfermagem pede para que ela verifique se houve alguma incorreção na medição da pressão arterial. A enfermeira, munida da aparelhagem dada pela auxiliar de enfermagem, dirige-se ao quarto, entra, aproxima-se da paciente e, enquanto desenvolve uma rápida conversa, verifica sua pressão arterial. Confirma os achados, que se apresentam com uma pequena e discreta diferença. Despede-se da paciente, sai do quarto e retorna ao posto de enfermagem. Preenche um formulário e o anexa à uma folha de prescrição médica. Entrega-os à auxiliar de enfermagem e recomenda: “vai no pronto socorro e pede pro plantão pra ele prescrever o Adalat”. (...) A enfermeira telefona [de outro local] para essa unidade para obter informações sobre o que fora indicado fazer para a paciente que se apresentara hipertensa. Após ser informada e antes de desligar, diz onde pode ser encontrada. Desliga o telefone e comenta comigo: “ele prescreveu Capoten e disse pra ela verificar a pressão de novo, depois de 30 minutos, para ver se será necessário fazer um Adalat. Se continuar elevada, aí, ele vai prescrever...”. (...) Nesse meio tempo, a enfermeira é informada que ocorrera uma internação de um paciente pediátrico particular. A enfermeira, ao pegar a

documentação da internação, constata a falta do preenchimento das requisições dos exames solicitados. De posse dessa documentação, comunica que irá ao pronto socorro, sai do posto de enfermagem e desce um andar... (...) Ao chegar ao pronto socorro, aguarda que a médica do plantão pediátrico libere-se para requisitar os exames e a prescrição dos medicamentos indicados pelo pediatra solicitante da internação dessa criança. Nesse ínterim, uma auxiliar de enfermagem aproxima-se e comunica: **“tem que pedir pra ela prescrever um antitérmico, tá? A criança tá com febre. Tá com 39 de temperatura...”**. Entra no consultório, aproxima-se da médica e, nem bem inicia a falar com ela, a médica solicita que, antes, seja preenchida uma ficha de consulta do pronto socorro. A enfermeira vira-se, olha para mim e modifica o olhar e a expressão do rosto, repuxando a boca para um lado, balançando a cabeça levemente. A enfermeira tenta encontrar quem a preencha e, na falta do responsável naquele momento, ela mesma procura nas gavetas, encontra-a e preenche a ficha de consulta. A seguir, retorna ao consultório, aproxima-se da médica e lhe dá a ficha que preencheria, juntamente com as solicitações do pediatra, fonecendo-lhe as orientações e informações julgadas necessárias. De posse da prescrição, requisições de exames e demais documentos, sai, dirige-se à farmácia e, após, com os medicamentos prescritos e aviados em seu poder, segue em direção à unidade. Entra no posto de enfermagem, senta-se próximo à escrivaninha e inicia a registrar as anotações de admissão da criança. Nesse ínterim, um médico entra no posto de enfermagem. A enfermeira o cumprimenta e pergunta: **“tu queres te sentar aqui?”**, fazendo menção de ceder-lhe o lugar. O médico responde-lhe: **“não!”** e começa a prescrever, de pé, junto a ela. A enfermeira inicia uma conversa com o médico e, em dado momento, solicita-lhe: **“tu podes prescrever... (determinado medicamento) pro Seo... (determinado paciente)? O Doutor... (determinado médico) ainda não veio hoje e este paciente dele ainda se encontra sem prescrição de... (determinado medicamento) que tem de ser buscado na farmácia porque não tem nas sobras...”**. Antes mesmo de terminar o que estava fazendo, a enfermeira levanta e oferece seu lugar ao médico para que ele continue a prescrever para seus pacientes. Dessa vez, o médico aceita e senta-se, continuando a prescrever. A enfermeira termina os registros de pé... **Data: 27.05.97; Turno: Tarde.**

Esta situação apresentada sugere não apenas a centralidade que a prescrição médica adquire no contexto do trabalho assistencial, mas como tal ênfase pode tornar dispersivo o trabalho da enfermagem, pulverizando suas ações, consumindo seu tempo em deslocamentos, em negociações e barganhas; seus trabalhadores mostrando-se aos olhos e à observação

humildes, dóceis, dedicados, prestativos, mendicantes, reconhecidos, agradecidos, numa postura de quem se encontra em eterno débito.

No entanto, embora mostrem-se aparentemente submissos aos médicos, a exemplo da parte final do trecho transcrito apresentado, porém, ao assim agirem e tendo suas solicitações atendidas, a meu ver, na verdade e a exemplo de si, os tornam também submissos às demandas institucionais. De fato, o que parece existir é a submissão do enfermeiro à instituição, transfigurada numa aparente submissão ao médico para, desse modo, aliciá-lo e, assim, obter dele aquilo que necessita fazer cumprir para poder cumprir com aquilo que entende ser o que a instituição espera de si.

Não raro, pode-se constatar a inexistência de atividades planejadas pela enfermagem, em relação aos cuidados de enfermagem suficientes e adequados às necessidades da clientela. Desse modo, a meu ver, o trabalho da enfermagem parece configurar-se como um trabalho que, no imediato, é pautado pela centralidade conferida à prescrição médica e, no mediato, é pautado por um fazer apoiado no estabelecimento de técnicas padronizadas, caracterizando-se como um fazer normatizado e rotineiro. Por sua vez, parece que se pode afirmar que os enfermeiros não estabelecem prioridades no seu trabalho, não se permitem um tempo para refletir sobre quais as atividades que preferencialmente deveriam realizar e quanto de seu tempo deveriam destinar para incumbir-se pessoalmente delas. Aqui, mostra-se pertinente a assertiva de Fuganti (1990, p. 78), quando diz que:

só começaremos a nos fortalecer, quando começarmos a pensar, quando formos capazes de nos tornar seletivos. (...) Não importa o que se faça, importa que seja feito pensando, isto é, que nos tornemos o próprio tempo, o tempo próprio dos processos, ao invés de apenas termos tempo para gastar.

Reportando-me à minha atuação como docente supervisor de estágios práticos dos alunos, percebo que, embora detentor do discurso da escola, preconizando e priorizando aspectos relativos ao planejamento da assistência de enfermagem, minha prática em muito pouco diferenciava-se da prática das enfermeiras por mim observadas. Para direcionar a atuação dos alunos, a consulta à prescrição médica era o procedimento primordial. Os cuidados de enfermagem correspondentes à sua implementação eram os mais valorizados e controlados, tal como foi possível observar sendo reproduzidos pelas enfermeiras em relação aos seus auxiliares. Colocar toda essa ênfase na prescrição médica, tomando-a o elemento central direcionador da prática assistencial de enfermagem, provavelmente não era nem ainda é um privilégio exclusivo de minha atuação docente e, por certo, nem das enfermeiras por mim observadas.

Portanto, mesmo que haja verbalizações do desejo da enfermagem em poder desenvolver e oferecer o seu trabalho, pautado por uma outra abordagem assistencial àqueles que dela necessitam, essa forma de atuação ainda não se tornou ou se constituiu numa realidade visível e concreta, como pode ser percebido pelo comentário de uma enfermeira relatado, a seguir:

“Nós pretendemos desenvolver outras atividades de enfermagem e reativar os serviços que já desenvolvíamos anteriormente, como a consulta de enfermagem a determinados tipos de pacientes”. Data: 24.06.97; Turno: Manhã.

Talvez, esse modo de atuação não seja devido apenas à forma de construção dos profissionais da enfermagem como sujeitos obedientes, dóceis e submissos às normas e à hierarquia organizacional ou àqueles a quem percebem como detentores de posições hierarquicamente superiores, mas pelo

próprio modo de organização da grande maioria dos serviços nos quais atuam, que tem privilegiado a obediência às normas e às rotinas e, além disso, tem se caracterizado por conter um excessivo volume de trabalho, tornando praticamente inviáveis ações dessa natureza, como caracteriza a situação que segue.

*À medida que confere os papeluchos que contêm a transcrição que fizera dos medicamentos e respectivos horários da prescrição médica, a enfermeira vai entregando aos respectivos auxiliares de enfermagem a quem, anteriormente, destinara os pacientes. (...) As auxiliares de enfermagem aproximam-se do balcão e começam a preparar as medicações e a enfermeira participa, também, nesse momento, do preparo das medicações injetáveis. (...) A enfermeira faz o seguinte comentário: **“apesar do que a gente aprendeu, de que quem tira a medicação é quem deve administrá-la, aqui, é a enfermeira quem tira, mas é o auxiliar quem aplica. Eu acho errado, mas é a forma possível para se dar conta do serviço”**.
Data: 14.07.97; Turno: noite.*

Como resultado de tal associação, ou seja, a obediência às normas e às rotinas e o excessivo volume de trabalho, parece que a quase totalidade dos trabalhadores da enfermagem não tem encontrado espaço para fazer uma reflexão de sua prática assistencial adequada ao encontro de soluções que favoreçam mudanças. Em consequência dessa forma de atuação, parece haver o amortecimento da existência profissional.

Esse amortecimento, por sua vez, parece que embota as possibilidades de cada um, a fim de possibilitar o enquadramento dos profissionais de enfermagem ao estreito limite das normas disciplinares institucionais, inibindo, assim, a emergência da criatividade (Ferraz, 1995). Desse modo, faz-se necessário encontrar espaço para tal reflexão para que se dê, assim, a emergência da consciência da existência de uma deformação de percepção da enfermagem, tanto pelos que a ensinam como pelos que a praticam, ao desenvolvê-la, na maioria das vezes, como uma mera prescrição burocrática.

Acredito que um dos prováveis motivos que confere essa centralidade à prescrição médica deva-se à sua característica de comportar a prescrição de medicamentos, os quais, quando corretamente indicados e ao serem implementados, apresentam uma efetividade, uma especificidade e uma resolutividade muitas vezes superior a outras formas de cuidados. Por sua vez, as ações de enfermagem, por si só, não são suficientes para resolver determinados tipos de problemas, para os quais se faz necessária, então, a adoção de uma terapêutica medicamentosa, dependente de um ato médico.

Determinadas ações de enfermagem, ao não serem executadas, poderão ter suas conseqüências não percebidas ou percebidas somente a longo prazo, diferentemente do que acontece com a falta de determinado tipo de medicamento, cuja não administração pode gerar o aparecimento de sinais e sintomas característicos de sua ausência. É inegável que a prescrição da terapêutica médica potencialmente encerra possibilidades de melhora ou de cura, mas também não se tem como negar que tais possibilidades só acontecem por intermédio das ações de sua correta e adequada implementação, isso porque a prescrição médica, por si só, não conduz a resultado algum, enquanto permanecer potência e não for convertida em ato, geralmente, a cargo da enfermagem.

Assim, determinadas ações específicas do trabalho médico, bem como as tomadas de decisão que seu fazer lhe oportuniza, exercem forte influência no trabalho de muitos dos profissionais da saúde e, em especial, no trabalho da enfermagem. Porém, o trabalho da enfermagem também influencia decisivamente no resultado das ações de saúde, pois os efeitos e o êxito de grande parte das ações terapêuticas que lhe compete realizar decorrem de sua

correta e adequada implementação, como bem ilustra o seguinte fragmento das anotações de campo:

A enfermeira sai do consultório, dirige-se à sala de urgências, pega a medicação do estoque e prepara-a, ali mesmo. A seguir, sai, entra no posto de enfermagem e pega um butterfly. Sai do posto de enfermagem e dirige-se, de posse do material em uma bandeja, para a sala de eletrocardiografia. Reinstala os eletrodos na paciente para fazer o monitoramento da atividade cardíaca, durante a administração do medicamento prescrito. Comenta com a paciente acerca do procedimento e solicita que ela se mantenha sem falar durante sua execução. Inicia lentamente a administração da medicação, acompanhando o traçado eletrocardiográfico. Após a infusão de cerca de 4 ml, de um total de 20 ml da solução medicamentosa, ocorre a reversão da arritmia diagnosticada, que se torna visível no traçado eletrocardiográfico. A paciente comenta que a dor intensa que apresentava parece ter sido “tirada com a mão”, referindo estar sentindo um alívio e uma sensação de bem-estar muita intensa. A enfermeira conversa com a paciente e a orienta a poder arrumar-se e que deve ficar aguardando em cadeira de rodas a consulta médica. Nesse meio tempo, o médico faz-se presente e a enfermeira mostra-lhe o traçado gráfico do eletrocardiograma, durante o procedimento. Estabelecem uma rápida conversação e o médico retira-se. A seguir, a enfermeira retira-se e dirige-se ao posto de enfermagem. Data: 28.05.97; Turno: Tarde.

Esta situação demonstra que a cura ou a melhora resultam tanto de um diagnóstico e de uma prescrição médica precisos quanto de sua correta e adequada implementação, ou seja, para apresentar os resultados esperados não basta apenas ter sido feito o correto diagnóstico e a correspondente prescrição. Para transformá-los de projeto à ação, porém, há a necessidade de sua implementação, em grande parte, desenvolvida pelos profissionais da enfermagem e envolvendo uma série de competências não contempladas na prescrição médica que, se negligenciadas, podem comprometer o resultado e a qualidade da assistência e, inclusive, comprometer a vida do paciente. Tampouco parece ser demasiado pretencioso afirmar que, pela análise de muitas das situações apresentadas, o próprio trabalho médico pode sofrer um redirecionamento por influência do trabalho da enfermagem, de acordo com

suas observações, suas sugestões, suas solicitações, seus questionamentos, suas argumentações, suas resistências e, inclusive, suas negativas.

Contudo, parece também que os trabalhadores da enfermagem não percebem ainda o seu trabalho assistencial como uma atividade-fim, para a qual concorre uma série de atividades-meio, entre as quais estão os serviços de apoio: lavanderia, almoxarifado, farmácia e, inclusive, as funções médicas de diagnóstico e prescrição. Minha assertiva, em relação a estas últimas, decorre da constatação de que, para que ocorra a implementação de uma prescrição médica, há a necessidade desta mesma prescrição ser prévia à execução dos cuidados que sua implementação demanda. Em outras palavras, a prescrição terapêutica é anterior ao ato de sua implementação, portanto, subsidia os atos de cuidar no que dela dependem. Os cuidados são mais abrangentes do que o tratamento, pois, para tratar, há a necessidade de certos cuidados mínimos ou procedimentos que envolvam um certo número de cuidados.

As atividades gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro caracterizam-se como atividades-meio para a assistência, constituindo-se em atividades subsidiárias do médico e de outros profissionais, dentre eles os próprios profissionais da enfermagem, nas questões relativas à organização do ambiente assistencial, às observações e informações que presta. As atividades assistenciais de enfermagem caracterizam-se como atividades-fim, subsidiadas pelos serviços que a instrumentalizam para manter e organizar o ambiente assistencial e do ato médico, mais comumente subsidiando parte do cuidado com a prescrição terapêutica.

5.5.8 - PROVIMENTO DOS CUIDADOS DIRETOS AO PACIENTE

Apesar da centralidade conferida à prescrição médica, no direcionamento inicial das práticas assistenciais de cuidados diretos prestados pelos profissionais da enfermagem, a função de provimento desses cuidados constitui-se em condição necessária para que possam ocorrer tanto a melhora quanto a recuperação ou cura do paciente.

A atuação dos profissionais de enfermagem pode se dar tanto no provimento de cuidados, que se caracterizam como implementações de uma prescrição terapêutica estabelecida, quanto no provimento de muitos outros cuidados, independentemente de uma prescrição médica, porque essencialmente afetos às funções primordiais da enfermagem, ou seja, a manutenção e a preservação da vida cotidiana, aparentemente sempre contemplados numa rotina pré-estabelecida, como exemplificam as situações a seguir.

A enfermeira, sorridente e falante, punciona uma veia e instala o soro prescrito. Ao ser perguntado sobre o que sentira, o paciente diz: "eu não senti muito. Meu braço tremeu de nervoso". Após mais alguns minutos de atenção, a enfermeira sai e dirige-se ao posto de enfermagem. Pega uma bandeja com material de curativos. Indo de quarto em quarto e ao posto de enfermagem para abastecer-se de material, inicia e dá continuidade à realização dos curativos, observando as condições gerais dos pacientes, as características de integridade da pele, as condições de cicatrização, a presença de secreção, possíveis sinais de inflamação, etc. Data: 23.05.97; Turno: tarde.

A enfermeira solicita para uma das auxiliares de enfermagem uma seringa de vidro de 20 ml e a vaselina líquida. De posse do material separado, põe-se a organizá-lo e prepará-lo para realizar a sondagem nasoenteral. (...) Nesse meio tempo, aproxima-se a acompanhante de determinado paciente, internado em outra unidade, para solicitar que seja feita a sondagem vesical de alívio prescrita por motivos de retenção urinária. A enfermeira conversa com ela e compromete-se a ir logo que esteja liberada da realização da sondagem nasoenteral e da punção venosa que iria realizar,

*estipulando um prazo máximo de 30 minutos, salvo se houvesse algum imprevisto. (...) A enfermeira, acompanhada por uma auxiliar de enfermagem, dirige-se à enfermaria. Entra, aproxima-se da paciente, conversando, enquanto ambas põem-se a posicioná-la para melhor realização dos procedimentos prescritos. (...) Antes de sair, a enfermeira recomenda à auxiliar de enfermagem para que faça uma luva de contenção para impedir que a paciente retire a sonda, como anteriormente fizera. Comunica sua ida à determinada unidade para fazer a sondagem vesical de alívio, conforme havia combinado. Sai e dirige-se à outra unidade. (...) A seguir, ao entrar na enfermaria, a acompanhante do paciente a recebe com um sorriso e comenta: **“tinham dito para que eu não procurasse a senhora, pois isso poderia aborrecer e a senhora ficaria brava”**. A enfermeira abre um sorriso e responde com palavras de descontração: **“enfermeira não é bicho papão...”**. Data: 17.06.97; Turno: Noite.*

Estas situações anteriormente apresentadas exemplificam condutas e cuidados nesse âmbito de atuação. Assim, o modo como se dá o provimento dos cuidados mostra que, tanto aqueles que implementam uma prescrição médica, quanto a própria execução de outros cuidados que dela independem, na maioria das vezes, acontecem sem planejamento prévio, que os explicitem e que os configurem como os mais indicados ao atendimento das necessidades apresentadas e sentidas pelo paciente para o qual são realizados.

A implementação dos procedimentos de enfermagem parece limitar-se, no mais das vezes, à mera execução de técnicas que correspondam ao restrito cumprimento da prescrição médica. Os cuidados cuja realização resulta de decisões próprias parecem não decorrer de planejamento específico, mas da colocação em prática de um conjunto de técnicas e rotinas pré-estabelecidas com a intenção de dar conta da integralidade das necessidades assistenciais dos pacientes.

Ambas as características do trabalho do enfermeiro parecem atribuir ao profissional um saber e domínio de um conjunto de técnicas, aprendidas durante o processo de formação e, possivelmente, modificadas, adaptadas ou

ampliadas durante o próprio exercício do trabalho assistencial. A execução desses cuidados parece ser percebida como contingente, independentemente das condições materiais, humanas e técnicas, porque são adotados como rotineiros e tidos como adequados e, além disso, baseados na suficiência de uma pretensa formação do profissional, adaptável a qualquer situação, mesmo na precariedade. Desta forma, o trabalho torna-se prescritivo e normatizado, constituído como um “hábito” que requer destreza, habilidade, agilidade e, sobretudo, disponibilidade.

Contudo, em algumas situações, há ocorrências que se dão fora de uma rotina ou expectativa. Independentes de determinações médicas e de planejamento prévio, exigem decisão motivada pelas circunstâncias do momento, como caracteriza a situação a seguir.

Uma auxiliar de enfermagem comunica à enfermeira que determinado paciente está apresentando drenagem espontânea de líquido de ascite pela hérnia umbilical. A enfermeira seleciona materiais para a realização de um curativo. Sai do posto de enfermagem e dirige-se à enfermaria. Ao chegar junto ao paciente, avalia suas condições e decide que se faz necessária a instalação de um sistema de drenagem aberta em frasco, para evitar que as roupas de cama e as vestimentas do paciente fiquem molhadas, prevenindo tanto o desconforto como possibilitando a medição da quantidade de líquido drenado. (...) adapta à hemiação uma luva cirúrgica e monta um sistema de drenagem (tal como se fosse um uripen ao pênis, no caso de drenagem urinária externa masculina) (...) sai e dirige-se à sala de prescrições médicas. Comunica o ocorrido ao médico residente e solicita que avalie as condições do paciente, justificando que ele já perdera grande quantidade de líquido e que, além disso, já se submetera a uma paracentese no dia anterior. Sugere que sejam tomadas providências para prevenir uma possível hipotensão arterial e a permanência e o agravamento da fístula que se originara. Data: 21.05.97; Turno: tarde.

Pode-se perceber espaços para o exercício da autonomia e criatividade, porém tais ações parecem revestir-se, muitas vezes, de um caráter de improvisação, evidente nesta situação descrita, ou decorrentes de atitudes

derivadas de sentimentos de solidariedade, de ter que encontrar soluções aos problemas e situações imprevistas e do desejo de ajudar, como a descrita a seguir.

*A enfermeira informa que vai avaliar uma paciente que chegara em trabalho de parto. Após, dirige-se pelo corredor, aproxima-se da paciente e solicita gentilmente que a acompanhe até a sala de exames. Estabelece uma rápida conversa e a posiciona na mesa. Após algum tempo, consegue localizar o foco dos batimentos cardíacos fetais e, a seguir, realiza seu controle. Nesse meio tempo, a paciente refere falta de ar e a enfermeira a orienta para que respire profunda e calmamente. A paciente refere tontura e a enfermeira a orienta para que eleve as pernas, ajudando a apoiá-las nos suportes existentes para tal fim e orientando para que permaneça assim, até o seu retorno. Sai e logo retorna com um esfigmomanômetro e um estetoscópio. Enquanto se prepara para verificar a pressão arterial da paciente, realiza perguntas acerca do pré-natal. A paciente informa que não fizera. A enfermeira pergunta qual sua idade e se já tivera filhos antes. A paciente informa ter dezessete anos e que esta é sua primeira gravidez. Ao apresentar-se mais agitada e chorosa, referindo dor na região lombar, a enfermeira, num tom de voz mais enérgico, diz: **“agora fica quietinha, para que eu possa verificar a tua pressão”**. Enquanto confirma os dados encontrados, estabelece um rápido diálogo, perguntando acerca dos seus acompanhantes, do companheiro, etc. Argüida sobre a última menstruação, a paciente informa ter sido no dia 16 de setembro do ano passado. A enfermeira diz: **“ah! Então, a data provável ainda está longe. Lá pelo dia 26. Falta ainda umas duas semanas”**. A enfermeira coloca a luva e realiza o toque vaginal e informa: **“teu colo está posterior e fechado. O nenê não vai nascer ainda”**. (...) A seguir, entra na sala de exames e verifica novamente a pressão arterial da paciente, informando que já havia melhorado. Ausculta os batimentos cardíacos fetais, enquanto a paciente queixa-se de dor lombar. A enfermeira comenta: **“no início é assim mesmo”**. A enfermeira diz: **“vou fazer o controle para ver se chamo ou não o médico para te avaliar”**. A paciente refere ter muita sede. A enfermeira pergunta se ela comera alguma coisa hoje. A paciente informa que não comera nada, encontrando-se ainda em jejum. A enfermeira diz: **“vou providenciar roupa e toalha para tu tomares um banho para ser avaliada pelo médico e, depois, vou providenciar um prato de canja”**. (...) A enfermeira retorna à sala de exames e encontra a paciente já de banho tomado. Comenta comigo: **“decidi deixá-la em observação em uma enfermaria devido à hipotensão, como justificativa para a instituição, mas basicamente para poder alimentá-la”**. Nesse ínterim, a copeira traz numa bandeja um copo de leite e algumas bolachas, apresentando como justificativa a hora (já passara do horário destinado ao almoço). A enfermeira comenta: **“ela precisa é de comida mesmo”** e recusa o que fora trazido. Indica que daria a refeição que fora*

destinada ao médico, mas que o mesmo não comera: “o maior problema dela é fome”. Data: 10.06.97; Turno: Manhã.

Várias são as possíveis análises que estas situações podem originar. Entre elas, a evidência do espírito investigativo do enfermeiro e seu empenho em encontrar soluções aos problemas que se apresentem no transcurso do trabalho assistencial, mesmo que para isso, lance mão de atos de “transgressão” de normas institucionais.

Entretanto, estes atos de “transgressão”, como se pode perceber, são dissimulados, ou seja, são realizados com a cautela suficiente para “confundir”, “mascarar”, “apresentar uma outra configuração” e, desse modo, ocultar os reais motivos responsáveis por sua ocorrência: não deter respaldo institucional para tomar tal tipo de decisão e ter medo das conseqüências de tomadas de decisão para solucionar problemas sociais e não de cunho clínico. Porém, ao mesmo tempo que há a ocultação dos reais motivos que lhe dão origem, mantém a invisibilidade de sua integral atuação e não permite a emergência de aspectos de seu trabalho que caracterizem o exercício explícito de tomadas de decisão e o desempenho de atividades autônomas.

Principalmente a última situação relatada demonstra as várias posturas presentes durante os atos de provimento de cuidados, nas quais parece haver uma constante preocupação em ajustar-se às diferentes fórmulas de aparência. Estas, por sua vez, muito presentes nas representações do senso comum, contribuem para reforçar ainda mais tais condutas e práticas estereotipadas, ou seja, “à [aparência] do médico, adulto, branco, cultivado, integrado... deverá se agregar a da enfermeira segura de si, mas submissa, maternal, mas sem

complacência” (Guattari, 1988, p. 86), de modo a responder a todas as situações possíveis.

Dentre estas posturas, em relação a esta paciente da situação apresentada, a enfermeira mostra-se segura de si, no desempenho das atividades assistenciais; maternal, ao ouvir-lhe as queixas, tratá-la com gestos afetuosos, providenciar-lhe maior conforto e, numa atitude mais ousada, engenhosa e desviante das normas, inclusive ofertar-lhe alimentos; sem complacência, ao não tolerar uma postura que perturbe ou a impeça de realizar o seu trabalho, quem sabe, até como uma forma de manifestar sua desaprovação ao fato dela ter sido negligente com o pré-natal. Em ambas as atitudes, de forma até nem muito sutil, estabelece relações aparentes de dominação e infantilização, características próprias da subjetividade capitalística e, a meu ver, traço bastante comum na prática diária dos profissionais da enfermagem.

Em relação a uma possível solicitação sua de avaliação da paciente pelo médico, mostra-se uma intencionalidade, ainda que inconsciente: adotar uma postura que reforça as segregações e a manutenção da hierarquia entre os profissionais da saúde, características que se constituem em condições próprias e necessárias, tanto à formação quanto à manutenção da subjetividade capitalística. Em outras palavras, a realização da avaliação médica condicionada à prestação prévia de cuidados adicionais de enfermagem à paciente, provavelmente busca muito mais preservar o médico de realizar esse exame nas precárias condições de higiene em que esta paciente se encontrava do que em atenção a uma necessidade específica apresentada, sentida e, desse modo, referida por ela.

Esta intenção comum aos profissionais de enfermagem, de um modo geral, denota uma predisposição tida como natural e normal, ainda que construída, normalizada e naturalizada, de adotar posturas que, embora possam dizer respeito aos pacientes, parecem ser executadas à sua revelia e muito mais para a satisfação dos próprios médicos. Possivelmente não decorra apenas de uma postura aparentemente subalterna, mas de sua associação ao extremado senso de responsabilidade e do sentimento de ter de prover as condições organizacionais e de trabalho que extrapolam às condições materiais e, assim, estendem-se às condições apresentadas pelos próprios pacientes e a eles inerentes.

Neste sentido, se não for implementado algum tipo de cuidado, a enfermeira parece pressentir que pode ficar exposta e tornar-se vulnerável a prováveis críticas de sua atuação e, assim, passível de culpabilização, outra característica dos modos de produção da subjetividade capitalística e essencial para a sua manutenção.

Em relação à conduta adotada pela enfermeira para assegurar o provimento de uma adequada alimentação à paciente, a meu ver, é bastante evidente que determinadas premissas tradicionalmente mostram-se presentes no exercício da profissão. Tais condutas, como tradição, permeiam o fazer da enfermagem, possivelmente internalizadas a partir dos discursos veiculados pela escola ou decorrentes da prática apresentada pelos professores ou, quem sabe, por ambas, sendo, inclusive explicitadas por Florence Nightingale, quando apresenta que

é verdade que ela [enfermeira] não pode oferecer-lhe o que não tem, mas o estômago dele [paciente] não espera por suas conveniências e nem por suas necessidades. (...) [Se] a enfermeira não conseguiu

trazê-lo por qualquer motivo, ele sofrerá. Ela deve estar sempre exercendo a engenhosidade a fim de suprir deficiências e remediar acidentes que acontecem entre os melhores planejadores, mas pelos quais o enfermo não sofre menos porque “eles não foram evitados” (Nightingale, 1989, p. 78).

Porém, embora o enfermeiro busque constantemente apresentar determinadas posturas que visem assegurar condições assistenciais adequadas, pode-se constatar que a forma de organização tecnológica do trabalho vem comprometendo a integralidade da realização dos cuidados. Essa forma de realização dos cuidados não tem se pautado pelo conjunto das reais necessidades sentidas pelo paciente. Suas necessidades, em decorrência de não serem bem identificadas, são mal interpretadas e, desse modo, dificilmente poderão ser bem atendidas.

A atuação do enfermeiro, embora não se limite apenas à prestação de cuidados institucionalizados, que se caracterizam pela maior importância dada à observância de rotinas e ao regulamento do que à eficácia de seus resultados, não favorece a assistência planejada para quem os cuidados ofertados se destinam. Desse modo, o paciente pode ficar à mercê de cuidados executados sem a cientificidade do saber acumulado na enfermagem.

5.5.9 - A ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA GLOBAL DE SAÚDE

Muitas são as situações que permitem caracterizar a existência de ações cooperativas e recíprocas entre os diversos profissionais envolvidos no processo de trabalho em saúde, configurando-o como um processo coletivo de trabalho. Muito dessa reciprocidade pode ser enfatizada durante as diferentes formas de troca de informações que se processam entre os diferentes trabalhadores e as relações de cooperação que estabelecem entre si.

Concordo com Pires (1996) que, em decorrência de sua complexidade e da natureza dos problemas com os quais se ocupa, o processo de trabalho em saúde, por ser coletivo, cada vez mais necessita e exige não apenas ser desenvolvido, mas, também, percebido como um trabalho cooperativo, multiprofissional e interdisciplinar para, desse modo, poder romper com a visão fragmentada da superespecialização que o caracteriza e no qual o convencimento pelo diálogo e pela argumentação venha a sobrepor-se à submissão ao poder hierárquico.

Por sua vez, como trabalho coletivo, necessita ser coordenado. Oliveira (1974), em sua tese de doutorado "A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente", realizou uma análise sociométrica multirrelacional, que colocou em evidência a posição central em que se encontra o enfermeiro em relação aos demais profissionais, não obstante, a evidente estrutura interdependente do grupo. Após uma análise dos centros de autoridade do hospital estudado, identificou, nas unidades de internação, a autoridade especializada², desempenhada pelo médico, e a autoridade administrativa, desempenhada pelo enfermeiro. Porém, conclui que

embora a organização formal atribua competência ao médico-chefe da enfermaria para coordenar os trabalhos da unidade, estes vêm sendo executados pela enfermeira. Os integrantes do sistema social nas unidades não só percebem, como desejam o desempenho pela enfermeira. Os elevados índices de centralização, referentes ao desempenho efetivo das atividades de coordenação, parecem indicar a enfermeira, entre todos que compõem as equipes de trabalho nestas unidades, como quem de fato coordena os trabalhos, não havendo qualquer rejeição manifesta ao incumbente deste papel (Oliveira, 1974, p. 55).

² É interessante como, sob o viés da ótica dominante, que confere hegemonia à medicina na área da saúde, esta conotação de especialista atribuída ao médico configura-o como o detentor do saber genérico da área. Parece desconsiderar que os profissionais das demais profissões também detêm saberes diferenciados que, em relação ao saber em saúde, também os caracterizam como especialistas, cujos conhecimentos e práticas, em sua grande maioria, fogem do âmbito da atuação da medicina.

Ao que parece, portanto, a coordenação desse trabalho já está, desde há muito, sendo assumida pelo enfermeiro, pela natureza das ações que vem desenvolvendo e que, a meu ver, o qualificam para o exercício pleno da **administração da assistência global de saúde**, no microespaço onde exerce suas funções.

A partir da análise das anotações de campo, nas quais foram registradas atitudes, condutas, práticas e formas de comunicação entre os diferentes profissionais e demais pessoas que interagem com o enfermeiro no microespaço onde atua, foi possível identificar a existência de determinadas características no modo como desenvolve seu trabalho. Entre estas características apresentadas pelo enfermeiro e explicitadas durante os primeiros momentos das fases iniciais da análise, sobressaem-se quatro:

1) ser o **detentor da quase totalidade das informações** relativas às condições do ambiente do trabalho e do processo do trabalho assistencial;

2) ser o **organizador do ambiente do cuidado**, zelando por sua funcionalidade, segurança, limpeza, higiene, manutenção e provisão dos recursos materiais e humanos necessários à realização do trabalho assistencial;

3) ser o **guardião das normas e rotinas institucionais**, que o configuram como o representante "local" da administração superior da instituição;

4) ser o **organizador da assistência**, ainda que pautada pela centralidade da prescrição médica e, na maior parte das vezes, privada de planejamento prévio e explícito, porque essencialmente desenvolvida com base

em rotinas e procedimentos técnicos pré-estabelecidos, apoiados no domínio de conhecimentos teóricos e de habilidades técnicas, por parte dos profissionais da enfermagem envolvidos na prestação dos cuidados diretos ao paciente.

A presença e a convergência destas características do seu trabalho permitem ao enfermeiro o exercício de funções que o colocam numa posição de centralidade nos contextos organizacional e assistencial. Esta centralização do seu trabalho configura-o como o **elemento de referência** para os demais profissionais e usuários do setor ou unidade em que atua.

Embora sua mobilização possa dar-se até mesmo em situações nas quais a necessidade do seu trabalho não se confirme, parece decorrer de como sua ação é percebida pelos demais, ou seja, parece que toda informação, solicitação ou ato têm que passar pelo “crivo” do enfermeiro. Quem sabe, além disso, possa corresponder também, a uma transferência de responsabilidade pela guarda e posse de determinados tipos de materiais, informações ou documentos e, assim, a uma possível isenção de culpa de quem os detinha anteriormente, em caso de seu desaparecimento, esquecimento ou extravio, como exemplifica a situação descrita a seguir.

*Nesse meio tempo, um médico residente faz-se presente no posto de enfermagem e pergunta para a enfermeira acerca da localização da auxiliar de nutrição. A enfermeira informa que ela se encontrava na unidade, no início da manhã. Após, o médico entrega para a enfermeira um certo número de envelopes (contendo documentos relativos à internação de determinados pacientes) para serem entregues ao secretário e retira-se. A enfermeira comenta consigo: **“eles sempre nos procuram para estas coisas. Eles sabem que podem colocar os documentos dos pacientes na mesa do secretário e procurar a auxiliar de nutrição por conhecê-la, mas...”**. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.*

Este caráter resultante, tanto da presença quanto da convergência de tais características, ou seja, sua configuração como sendo o elemento de referência para os demais, no microespaço onde exerce suas funções, conduz à manifestação e ao exercício de outras atitudes, condutas, práticas e formas de comunicação que decorrem, essencialmente, da centralidade que esta configuração resultante confere ao seu trabalho.

Muitas foram as situações observadas nas quais o enfermeiro, em decorrência das características evidenciadas em sua prática diária, apresenta-se como sendo o profissional da equipe assistencial para o qual, a exemplo das demais informações, independentemente de sua natureza, converge a grande maioria das “prestações de contas”, ou seja, ele detém um papel central no **recebimento das prestações de contas**. Tanto médicos, auxiliares de enfermagem, outros profissionais, estudantes e estagiários, quanto pacientes, acompanhantes ou visitantes, não apenas se dirigem ou são encaminhados ao enfermeiro, quando necessitam obter informações, mas reportam-se a ele para prestarem informações que consideram ser necessárias ao desempenho de atividades organizativas e assistenciais que percebem como suas atribuições. O enfermeiro torna-se, portanto, uma referência que representa a assistência, podendo ligar os diferentes elementos de sua constituição.

Desse modo, instrumentaliza-se com informações que, embora possam ser de uma outra natureza, reforçam, ainda mais, sua posição de centralidade, tanto no contexto assistencial como no contexto organizacional, especialmente para o exercício da coordenação e do controle dos aspectos mais gerais do processo de trabalho assistencial como um todo, como ilustrado, a seguir, nas anotações de campo.

O funcionário da manutenção aproxima-se da enfermeira e presta-lhe informações acerca dos consertos que já realizara e o que ainda não fora possível realizar. Data: 10.06.97; Turno: Manhã.

Uma criança aproxima-se da enfermeira no corredor e comunica-lhe que vai à sala de recreação... (...) Uma estagiária de medicina dirige-se à enfermeira e descreve o que fizera em relação a determinada paciente. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.

Uma auxiliar de enfermagem comunica à enfermeira que irá a determinado setor. (...) Um médico residente aproxima-se da enfermeira e comunica-lhe que poderá ser encontrado em determinado local. Data: 26.05.97; Turno: Manhã.

Os registos apresentados a seguir também corroboram essas condutas observadas nos demais, em relação ao enfermeiro. Porém, servem para caracterizar como, na maioria das vezes, estas “prestações de contas” não se resumem apenas a uma mera recepção passiva de informações. Constituem-se num espaço que oportuniza ao enfermeiro fazer algum tipo de comentário, recomendações ou esclarecimentos, geralmente afetos a alguma norma ou rotina institucional ou a uma conduta ou prática entendida como necessária ao desenvolvimento “normal” do trabalho assistencial.

Um médico residente comunica e esclarece à enfermeira acerca de determinada alteração que fizera num item da prescrição médica de determinado paciente. A enfermeira o alerta para a necessidade de preencher toda a documentação necessária à realização do exame solicitado. (...) Ele a informa acerca das enfermarias pelas quais ficara sendo o médico responsável pelo acompanhamento clínico. Data: 21.05.97; Turno: Tarde.

Um médico residente entra no posto de enfermagem com uma caixa de medicamentos e comunica que conseguiu para determinada paciente. Pergunta para a enfermeira onde deve colocá-la. A enfermeira indica-lhe a enfermaria e o leito respectivos e solicita que ele a coloque no respectivo escaninho. Após ter atendido à solicitação da enfermeira, ele informa que está de saída e que o médico de plantão assumirá suas funções. Data: 22.05.97; Turno: Tarde.

A mãe de uma criança aproxima-se da enfermeira e comunica-lhe que se ausentará da unidade por algum tempo e informa-lhe que a avó permanecerá junto a seu filho. A enfermeira recomenda que ela

comunique à pessoa que permanecerá com a criança que, em caso de qualquer necessidade, chame alguém da enfermagem. Data: 29.05.97; Turno: Tarde.

A imagem do **muro de lamentações** é especialmente representativa para indicar as situações em que pessoas falam de suas dificuldades, sem expectativa de resposta ou solução. Por sua postura “panóptica”, o enfermeiro consegue ter controle sobre quase tudo ao seu redor e encarna o papel de ouvidor para lamentações de seus subordinados, de seus colegas de trabalho ou de outros setores ou unidades; lamentações de outros profissionais, pacientes, acompanhantes e familiares.

Tais lamentações podem dizer respeito à precariedade das condições oferecidas para a realização do trabalho assistencial, à inobservância de determinadas normas que, ao serem negligenciadas (ou o contrário), ocasionam transtornos e descontentamentos e outras situações conflitivas. As situações a seguir caracterizam estas formas freqüentes de manifestações, umas mais comuns que outras, a que o enfermeiro se vê exposto durante o exercício de suas funções gerenciais.

Após a passagem de plantão e antes da enfermeira se retirar, uma auxiliar de enfermagem lhe expõe acerca das dificuldades que constantemente vivenciam no noturno, em não disporem de medicamentos de reserva, quando estes, embora prescritos, não estão disponíveis na gaveta dos pacientes. Data: 29.05.97; Turno: Tarde.

Na sala do expurgo, a enfermeira ouve as queixas de uma auxiliar de enfermagem acerca de como o pessoal costuma deixar o local, numa clara referência à inobservância aos aspectos de limpeza, higiene e organização. Data: 26.05.97; Turno: Manhã.

Em determinado momento e encontrando-se a sós com a enfermeira, o auxiliar de enfermagem expõe para ela a existência de atrito, responsável pela animosidade com a colega de trabalho. Comenta desconhecer os motivos da mudança processada, por não ter claro o que ocorreu. Ressalta seu desejo de ser transferido para

outro setor ou unidade, mencionando, inclusive, pedir demissão caso não fique esclarecido o motivo de tal mudança e acrescenta: “não aprecio esse clima. Prefiro deixar o emprego a ter que continuar trabalhando nessa situação”. Data: 27.05.97; Turno: Tarde.

A própria passagem de plantão, em muitos momentos, constitui-se num espaço de lamentações compartilhadas por todos os profissionais da enfermagem presentes. A queixa coletiva apresenta-se, assim, como um momento de catarse, de singularização, que encerra a possibilidade de construção e emergência de uma nova subjetividade; “não no sentido de um momento necessário, mas no sentido de um instrumento para o qual é preciso inventar um novo uso” (Deleuze e Guattari, 1996, p. 59). A queixa, desse modo, se bem entendida e tratada apropriadamente, apresenta-se como oportunidade de fortalecimento do grupo e de linhas de fuga, apontando alternativas e possibilitando mudanças. Segundo Deleuze (1996, p. 189),

a queixa tem uma grande importância não só poética, mas histórica e social, porque exprime um movimento de subjetivação (“pobre de mim...”): existe toda uma subjetividade elegíaca. O sujeito nasce nas queixas tanto quanto na exaltação.

Portanto, a queixa pode representar não só uma simples percepção ou tomada de consciência, mesmo porque esta não é o bastante, mas a formulação de um problema que se apresenta para ser solucionado. Desse modo, “abre-se um possível rizomático, operando uma potencialização do possível, contra o possível arborescente que marcava um fechamento, uma impotência” (Deleuze e Guattari, 1996, p. 61).

Em outras palavras, a queixa não representa o impossível, embora possa assim ser percebida, mas constitui-se de novos possíveis, clamando por acontecer, desde que se lhe reserve um tempo para buscar formas de solução, de permitir-se desejar; não fugir do confronto, evitando o conflito; não fugir

diante da fuga, mantendo-se no sossego do não desejar; ser criativo e extrapolar a queixa para fora dos limites da internalidade do grupo, da profissão.

A imagem do enfermeiro como **mediador nas situações de conflito** pôde ser presenciada também em distintos momentos, seja imediatamente após uma queixa, seja em momento entendido como oportuno e após a tentativa de ouvir a versão do outro envolvido, tornando-se disponível para a escuta, como ilustram os registros a seguir.

A enfermeira estabelece um diálogo. Primeiramente, pergunta: “tu já procuraste conversar com ela?”. O auxiliar de enfermagem responde: Tá difícil, ela está me evitando... Caso não fique resolvido, eu vou pedir demissão”. A enfermeira ressalta suas virtudes e o tempo de trabalho na unidade e de como sempre ambos trabalharam em harmonia, numa clara tentativa de apresentar elementos para dissuadi-lo de sua intenção. Após alguns minutos de conversa, a enfermeira aconselha-o a tentar estabelecer um diálogo com a colega para esclarecer o caso. Oferece-se dizendo: “se necessário, eu posso tentar ajudar nessa aproximação...”, porém ficando ainda sem uma resposta. (...) A auxiliar de enfermagem que se encontra com problemas com o colega, localiza a enfermeira na unidade em que nos encontramos e, aproximando-se dela, solicita: “eu posso falar contigo uma coisa?” e ambas afastam-se e, reservadamente, conversam durante um certo tempo. A seguir, despedem-se e a auxiliar de enfermagem retira-se do local, aparentando maior descontração e um certo ar de alívio. Data: 27.05.97; Turno: Tarde.

Nesse meio tempo, uma auxiliar de enfermagem da clínica médica comparece ao pronto socorro e aproxima-se da enfermeira; vem esclarecer e discutir acerca dos problemas que vem tendo ultimamente com determinada colega de trabalho. Ambas permanecem conversando sobre o assunto, porém mais afastadas e de forma mais confidencial e discreta. Data: 17.06.97; Turno: Noite.

Diferentemente do enfermeiro, o administrador comum exige disciplina e não se envolve diretamente nos conflitos pessoais. Estes são resolvidos no âmbito pessoal, numa espécie de reserva tácita de alguns dos papéis subjetivos. Somente as questões que interferem no trabalho diretamente

requerem a intervenção mediadora dos sistemas punitivos. Na enfermagem, pela indefinição relativa entre o pessoal e o institucional na ação assistencial, permitem-se atitudes conciliatórias ou de julgamento das personagens envolvidas no conflito, pois de sua permanência decorrem prejuízos a terceiros, daí, a busca pela sua mais breve resolução.

A utilização do enfermeiro como **recurso didático**, devido aos conhecimentos que detém, tanto do funcionamento organizacional e institucional, como técnico e assistencial, também mostra-se como um fator que lhe confere centralidade no contexto do ambiente do cuidado. Muitas foram as situações observadas nas quais os demais valem-se disso, fazendo uso dessa característica do enfermeiro para facilitar ou, até mesmo, para possibilitar o exercício de suas próprias ações, como ilustram as situações apresentadas a seguir.

*O médico residente comunica que determinada paciente já pode ter sua dieta líquida liberada. A enfermeira pergunta: “**completa ou fracionada?**”, obtendo como resposta: “**ah! Eu não sei. Qual a diferença?**”. A enfermeira esclarece-lhe a composição de ambas, sugerindo-lhe que seja a líquida fracionada, o que é por ele acatado. Data: 23.05.97; Turno: Tarde.*

*O médico residente pergunta para a enfermeira: “**o que eu tenho que prescrever para colocar no coto umbilical? (...) e na incisão da cesária?**”. A enfermeira lhe presta as orientações solicitadas. Data: 22.05.97; Turno: Tarde.*

*A auxiliar de enfermagem alerta a enfermeira que percebera a dificuldade de uma paciente em movimentar o membro inferior direito, ao acompanhá-la do sanitário ao respectivo leito. A enfermeira pergunta para a paciente se ela tem alguma dificuldade em movimentar o membro superior direito também e esta responde negativamente. A enfermeira comenta comigo: “**pelo jeito, isso não foi percebido durante o exame médico. Vou sugerir à estagiária de medicina que requisite uma avaliação neurológica...**”. (...) A estagiária faz-se presente e a enfermeira comunica-lhe a parestesia apresentada pela paciente. A estagiária, após examiná-la, comenta com a enfermeira: “**vou chamar o neurologista, mas não sei para quê.**”. A enfermeira, em tom jocoso, responde: “**para que seja***

prescrita fisioterapia, ora...". A seguir, a estagiária pega o formulário para requisitar a avaliação pelo neurologista, aconselhando-se com a enfermeira sobre a forma correta para solicitar a respectiva avaliação. Data: 25.06.97; Turno: Tarde.

As características cooperativas de um trabalho coletivo puderam ser muito melhor percebidas e evidenciadas em setores mais restritos, principalmente nas unidades de tratamento intensivo, onde a permanência médica e o contato íntimo dos profissionais que atuam neste local é maior. A hierarquização das competências não se mostra tão evidente e, pelas características da clientela e do serviço, há a necessidade do estabelecimento de relações transversalizadas.

Por sua vez, tais setores são contemplados com melhor infra-estrutura organizacional, material, técnica e humana o que oportuniza uma atuação administrativa do enfermeiro sem os habituais conflitos verificados em outras situações, podendo destinar maior parte do seu tempo à realização de atividades assistenciais, ainda que pautadas pela prescrição médica, execução de procedimentos técnicos bem estabelecidos, rotinas pré-determinadas e privadas de planejamento de enfermagem específico, como exemplifica a seguinte situação.

A enfermeira consulta a prescrição médica e prepara uma medicação. A seguir, administra a medicação à paciente que anteriormente fizera uma queixa mais importante, recomendando-lhe que mantivesse o comprimido em baixo da língua até dissolver. (...) A seguir, de posse do eletrocardiógrafo, retoma à paciente que medicara, solicita que se posicione e realiza o eletrocardiograma com o auxílio de uma auxiliar de enfermagem, registrando as derivações. Antes de sair, pergunta à paciente se havia melhorado da dor precordial. A paciente responde com uma negativa. (...) A enfermeira, de posse do exame que realizara, dirige-se à sala de permanência dos médicos plantonistas e entrega-o ao médico presente. Consensam que não houve alteração e atribuem a dor apresentada pela paciente à visita que, segundo o médico, "sempre ocasiona comoção nos pacientes". (...) A enfermeira comenta comigo: "sempre que há a ocorrência de dor nas costas, no

peito ou no braço, a gente já faz um eletrocardiograma de rotina e, se após persistir a dor, damos mais um comprimido". A seguir, aproxima-se do balcão e pega um comprimido e o oferece à paciente recomendando, novamente, para que o mantivesse em baixo da língua até dissolver totalmente. Data: 25.06.97; Turno: Tarde.

A cooperação, portanto, requer o compartilhamento das decisões; as sugestões e pareceres têm um caráter de serem melhor recebidos, pois nestes locais não há tempo para experimentações que possam postergar uma decisão mais efetiva. Nestes locais, a atuação do enfermeiro, embora ainda manifeste grande preocupação com a organização do ambiente e da consecução das condições materiais e humanas para a realização do trabalho, se dá muito mais direcionada à assistência e o próprio enfermeiro constitui-se em elemento ativo na prestação de cuidados diretos e, desse modo, exercita o domínio de uma competência técnica que lhe oportuniza uma posição de maior destaque no conjunto do trabalho assistencial, como evidencia a situação descrita a seguir.

O médico intensivista solicita o laringoscópio e a enfermeira sai para buscá-lo. Suspeitam da necessidade de uma nova extubação. A enfermeira permanece presente, enquanto os médicos avaliam a criança (prematura, pesando 480 g) e participa da realização de outros procedimentos solicitados pelo médico. O médico extuba a criança, com auxílio da enfermeira que retira os esparadrapos que fixam o tubo endotraqueal. Após a criança ser novamente entubada, a enfermeira fixa o tubo. (...) lava as mãos e coloca as luvas estéreis para proceder à aspiração endotraqueal. Enquanto aspira, permanecem todos conversando acerca da criança. O diálogo é descontraído e num clima propício ao trabalho em equipe, com muito respeito de um para com o outro e de confiança mútua. (...) O médico intensivista recomenda a administração de determinado medicamento e a médica residente presente complementa com informações adicionais. A auxiliar de enfermagem sai para preparar a medicação no posto de enfermagem. (...) A enfermeira começa a administrar lentamente a medicação que a auxiliar de enfermagem preparara. O médico intensivista aconselha para que ela administre mais rápido e a enfermeira responde: "se romper, tu vais puncionar outra veia?". A auxiliar de enfermagem, rindo, comenta: "isso eu também gostaria de saber a resposta", e todos riem muito pela impropriedade da sugestão do médico. Data: 13.07.97; Turno: Noite.

Infelizmente, na grande maioria dos serviços, essa forma de atuação do enfermeiro, mais próxima do exercício pleno da administração da assistência global, verificada nos serviços melhor organizados, dotados de melhor infraestrutura, contemplados com condições materiais e humanas quantitativa e qualitativamente superiores e funcionando em áreas mais restritas, não tem se mostrado ainda possível de ser realizado nos demais setores ou unidades. Isso porque as administrações não têm contemplado tais áreas com condições materiais e humanas suficientes e necessárias para atender as demandas que a realização do trabalho assistencial origina.

Além disso, estes setores ou unidades apresentam-se, a meu ver, privados de melhor organização e ainda carentes de um entrosamento entre os próprios profissionais que atuam no local, impossibilitando a realização de um trabalho melhor articulado em seu todo. Desse modo, não corresponde às necessidades mais elementares para a realização de um trabalho coletivo que, para seu funcionamento adequado, depende da existência de ações cooperativas entre seus membros. Portanto, tais aspectos, quando presentes no trabalho em saúde, constituem-se em impedimentos ao exercício pleno da administração da assistência global de saúde pelo enfermeiro.

5.5.10 - IMPEDIMENTOS À PLENA ADMINISTRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA GLOBAL DE SAÚDE

A sistematização e posterior análise das observações feitas das práticas e atividades desenvolvidas por enfermeiras colocaram em evidência determinadas características presentes no trabalho que o enfermeiro realiza. Tais características, como demonstrado anteriormente, conferem-lhe um atributo essencial: ser o elemento de referência para os demais, representando

os aspectos mais genéricos da assistência, no ambiente do cuidado. Este atributo parece constituir-se para o enfermeiro em qualidade suficiente e necessária para o exercício da administração da assistência global de saúde, no âmbito de sua área de influência, no microespaço onde exerce sua prática e desenvolve tais atividades.

Entretanto, há determinados aspectos presentes no trabalho assistencial que interferem em seu andamento e parecem constituir-se em impedimentos ao exercício pleno da administração da assistência global de saúde pelo enfermeiro. Talvez, o maior responsável pelo surgimento desses impedimentos, quem sabe até o mais primordial, constitua-se em **traços de subjetividade característicos e comuns aos enfermeiros**: a capacidade para assumir os deveres e encargos do cargo, porém, associada à incapacidade de usufruir dos direitos e prerrogativas que lhe são inerentes e da autoridade que este cargo confere.

Atrevo-me a dizer que a capacidade para assumir os deveres e encargos próprios, talvez seja responsável pela percepção que o enfermeiro tem sobre sua responsabilidade, não só pela organização do ambiente do cuidado, pela manutenção e consecução das condições materiais de trabalho para os demais trabalhadores da saúde, mas, principalmente, pelo desempenho de atividades afetas à implementação, à coordenação, ao gerenciamento e ao controle das diversas situações que acontecem no cotidiano da assistência, o que, à observação e à análise, parecem corresponder à realidade de sua atuação. Por sua vez, as sensações percebidas e verbalizadas pelo enfermeiro, de impotência, limitação, desprestígio, não reconhecimento e desvalorização do trabalho realizado e, muitas vezes, da culpabilização dos trabalhadores da

enfermagem, em casos de insucesso, parecem decorrer muito mais da incapacidade de usufruir dos direitos e prerrogativas inerentes ao cargo e da autoridade que lhe confere o seu exercício do que devido às características inerentes ao próprio trabalho da enfermagem.

A meu ver, esses traços de subjetividade característicos comuns parecem ser o resultado das formas de produção de sua subjetividade, presentes desde o início da educação no seio da família e da escola, reforçados durante o período de formação profissional e preservados no trabalho pelo seu assujeitamento às imposições das chefias às quais se encontram hierarquicamente subordinados. Este assujeitamento imposto pelas chefias parece que se dá, disciplinarmente, por meio da adoção de posturas controladoras e condutas autoritárias que conduzem a atos de obediência, a meu ver, muito mais pelo temor dos possíveis castigos do que pela esperança das (im)prováveis recompensas.

Em decorrência dessa tendência para a obediência e assujeitamento às imposições das autoridades hierárquicas e suas incapacidades, tanto para colocar em prática os direitos e prerrogativas inerentes às funções que desempenha, quanto para o exercício da argumentação, mesmo podendo encontrar o necessário respaldo nos conhecimentos que detém e na autoridade do cargo que ocupa, parecem ser os principais responsáveis pelos impedimentos ao pleno exercício pelo enfermeiro da administração da assistência global de saúde, no local em que atua.

Tanto a formação para a obediência quanto o aparente despreparo para a argumentação podem ser responsáveis pela tendência a evitar o confronto, as disputas, a emissão de opiniões, os questionamentos, fazer alianças,

requisitar condições apropriadas à realização do trabalho assistencial e insistir para obtê-las. A busca pela harmonia, muitas vezes, pode levar à acomodação e à percepção do conflito como algo indesejável, portanto, devendo ser evitado e, se possível, abortado às primeiras manifestações de sua provável emergência.

O confronto, ao não ser percebido pelo enfermeiro como potencial de resolução de problemas, pela discussão que origina e como uma possível linha de fuga para a emergência do desejo e de manifestação de formas autonômas de conduta, constitui-se, a meu ver, em impedimento ao exercício pleno da administração da assistência global de saúde. Mesmo que situações conflituosas sejam desgastantes, o desgaste não é unilateral, ambos os contendores sofrem desgaste. Ao ser evitado, não permite o confronto direto e quem o evita exaure suas forças, não pelo confronto com o outro, mas pelo confronto consigo mesmo³, tirando-lhe cada vez mais a potência, interferindo no exercício pleno da administração da assistência global de saúde pelo enfermeiro, como abaixo demonstrado.

A enfermeira telefona para o plantão médico, informando que querem internar uma paciente com TBC ativa, mas que não tem condições para aceitá-la, pois, no momento, a unidade não dispõe de enfermaria apropriada para instalar um isolamento. Solicita para que ele posicione-se contrário à internação. Desligando o telefone, faz o seguinte comentário: "eu não vou me desgastar. Eles que resolvam entre eles". Data: 21.05.97; Turno: Tarde.

Para evitar possíveis conflitos, pode haver a utilização bastante sutil da opção de decidir por não decidir. Ao agir dessa forma, o enfermeiro

³ Segundo Naffah Neto (1993, p. 80), o ressentimento corresponde a um sentimento ou vontade de torturar a si próprio, possibilitando o surgimento de um novo registro, onde o si é carrasco e vítima e responsável pelos comportamentos de abnegação, auto-sacrifício e atos desinteressados. "A culpa é, enfim, o que traduz esse sofrimento paradoxal ministrado a si mesmo".

provavelmente busca eximir-se de vivenciar situações desgastantes, em decorrência de um possível enfrentamento direto com aqueles que detêm a competência técnica e legal para decidir acerca de alguma coisa (no caso, da internação ou não do paciente) e, especialmente, quando a argumentação parece ser percebida como perda de tempo, como possível fonte de atritos e animosidades e geradora de provável e desnecessário desgaste emocional e profissional, como ilustra o comentário registrado ao final dessa situação descrita e a situação que se segue:

Um médico residente faz-se presente no posto de enfermagem e comunica: “a cirurgia de urgência, na paciente que internou agora há pouco, vai ser feita às 14 horas. Faz uma boa higiene, principalmente na região umbilical”. A enfermeira informa que o centro cirúrgico ainda não tinha condições para que esta cirurgia pudesse ser realizada. O médico residente insiste: “Ah! mas já está marcada”. A enfermeira pega o telefone, disca para o centro cirúrgico e, ao ser atendida, passa a ligação para o médico residente tratar do assunto pessoalmente. Após sua conversa ao telefone, o médico residente sai sem nada comunicar à enfermeira acerca do que ficara decidido. Data: 26.05.97; Turno: Manhã.

Porém, nem sempre torna-se possível evitar o confronto direto. Portanto, o caráter gerencial do trabalho do enfermeiro freqüentemente é exercido com desgaste, encerrando a possibilidade da emergência de conflitos, principalmente, quando suas ações são direcionadas às solicitações de intervenções médicas consideradas necessárias à execução e continuidade do processo de trabalho assistencial.

Muitas vezes, tais solicitações podem ser percebidas pelo médico como uma forma de controle externo exercido pelo enfermeiro sobre o seu trabalho, o que parece não ser do agrado desse profissional, conforme caracteriza a seguinte manifestação de um médico, apresentada por Mendes-Gonçalves

(1994) sendo, aqui, reproduzida por sua pertinência ao tema desenvolvido na presente tese:

a enfermeira devia servir ao médico, e atualmente elas querem competir com ele na gerência do serviço. É uma inversão, pois o médico deixa de ser o elemento fundamental! Em vez de ficar na clínica e facilitar o serviço do médico, fica na administração fazendo cobranças. É uma abelhuda que se mete onde não é da sua conta. O médico é que sabe o que tem que ser feito (p. 197).

Pode-se perceber nesse comentário, ou melhor, na crítica desse profissional - que provavelmente não se configura como apenas um caso isolado - o quanto permanece arraigada a necessidade para que seja mantida a representação da enfermagem como uma profissão subalterna, que está a serviço da medicina e de seus profissionais, cuja especificidade somente deve servir para suprir suas necessidades materiais, facilitar suas ações, obedecer, cumprir e fazer cumprir, fielmente, suas determinações.

Na visão de Guattari (1988, p. 29), essa postura corresponderia a uma tentativa de mantê-la relegada no nível de subcompetência, o que tem por efeito desvalorizar os diferentes tipos de performance que lhe são associados. Por outro lado, "em razão de modificações das relações de força presentes ou de uma transformação da micropolítica local, esta mesma competência poderá, ao contrário, 'tomar o poder' num espaço social ampliado" o que me parece corresponder, na enfermagem, ao exercício da gerência e, conseqüentemente, da possibilidade do exercício do poder e do controle do processo de trabalho assistencial como um todo.

Porém, esta forma de exercício de poder e do controle do processo de trabalho pelo enfermeiro pode e necessita apresentar-se de um modo diverso do poder hierárquico, ou seja, manifestar-se de uma maneira que não signifique

nem domínio nem negação do outro, aquilo “que Guattari chamava de ‘transversalidade’, por oposição aos grupos hierarquizados onde qualquer um fala em nome dos outros” (Deleuze, 1996, p. 111), mas que seu exercício seja um processo que resulte de

uma articulação de múltiplos parceiros procedendo por aliança e negociação e não de uma relação de dominação entre instâncias hierárquicas das quais ninguém pode escapar... É necessário inventar uma democracia nesses domínios, onde qualquer um tome a palavra [apenas] em seu nome (Guattari, 1993b, p. 174).

A adoção dessa postura pelo médico parece querer negar que a enfermagem, cada vez mais, caracteriza-se por ser uma profissão que, em seu processo evolutivo, tem procurado estar a serviço do atendimento das necessidades de saúde da clientela, empenhando-se para a consecução e manutenção das condições materiais, técnicas e humanas para a integralidade e continuidade do trabalho assistencial. Para tanto, vem se valendo da performance do trabalho gerencial com certa competência, mobilizando os demais profissionais, especialmente os médicos.

Tanto a competência como a performance são indissociáveis, estão em interação constante. Assim, “toda cristalização de competência como norma, como enquadramento de performances concretas, é sempre sinônimo do estabelecimento de uma posição de poder”. Daí, talvez o porquê do teor do conteúdo verbalizado por este médico, que parece não apenas veicular, mas explicitar sua percepção e avaliação negativa acerca do trabalho gerencial desempenhado pelo enfermeiro e de como este tipo de trabalho encerra a possibilidade de um exercício de poder que se mostra ameaçador às suas crenças, desestabilizador de posições hierárquicas tradicionais, potencialmente

capaz de romper com linhas cristalizadas de submissão e obediência e, desse modo, subverter a ordem estabelecida. (Guattari, 1988, p. 28-29).

Todavia, a possibilidade da emergência de conflitos não se resume apenas às situações mais rotineiras ou de resoluções menos complexas, como aquelas em que uma simples prescrição da terapêutica adequada não pudesse resolver. Mesmo nestes casos, seriam necessários a emergência e o estabelecimento de uma relação interdisciplinar, onde haja a possibilidade do exercício da argumentação e do convencimento, ou seja, onde seja possível a transversalidade das relações. A transversalidade

é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos. (Guattari, 1987a, p. 96).

Portanto, uma relação essencialmente diferente da situação a seguir descrita, na qual o médico parece não aceitar ou busca protelar ao máximo qualquer possível interferência da enfermeira, adotando uma posição, provavelmente bastante similar ao comentário do outro profissional, anteriormente apresentado. A enfermeira, por sua vez, apesar da aparente indignação com a situação vivenciada, parece mostrar-se resignada e pouco propensa a expor sua opinião e a reforçar sua sugestão, não fazendo uso da argumentação, provavelmente, em decorrência de seu despreparo para argumentar, quem sabe motivada por vivências conflituosas em situações anteriores e de semelhante natureza.

Contudo, expressa também seu desejo de poder estabelecer relações de dominação, nas quais, se possível, subjugaria o outro e impor sua vontade. Dá mostras, assim, de uma aparente impossibilidade de entrega aos processos

de singularização. Demonstra sua percepção de ser necessária a criação de uma outra realidade, ainda assim, calcada na necessidade de conservação das normas vigentes, desse modo, apenas veiculando a ilusão de autonomia e criação, impedindo a emergência de relações transversalizadas, preservando a segregação e a hierarquia.

O paciente que se queixara de dor mantém-se extremamente agitado no leito (apesar de já medicado com o analgésico prescrito, porém considerado pela enfermeira como pouco potente e não correspondendo à gravidade do caso e às necessidades do paciente). A enfermeira, referindo-se ao médico de plantão, comenta: “para ele prescrever alguma coisa, quem tem que achar que o paciente está agitado é ele e não eu. Quando ele quiser dormir, aí ele vai dar um jeito”. (...) Nesse meio tempo, o médico plantonista sai do quarto e comparece ao setor, após perceber a “gíteria” do paciente e ao ser alertado pela auxiliar de enfermagem. A enfermeira conversa com ele. O médico prescreve mais uma ampola do medicamento que prescrevera anteriormente. A enfermeira prepara o medicamento e o administra. Logo após, o paciente acalma. (...) ... começa a agitar-se novamente (decorridos cerca de 20 minutos), referindo muita dor e tentando levantar-se do leito, implorando “pelo amor de Deus” que fosse retirada a bandagem feita em sua mão como forma de prevenir que ele pudesse arrancar tubos e sondas. Toda a equipe de enfermagem é mobilizada para atender ao paciente para tentar mantê-lo alinhado no leito, devido às fraturas ósseas múltiplas que apresenta, principalmente nos membros inferiores. Enquanto isso, o médico plantonista e o estagiário de medicina permanecem em seu quarto. Após muito esforço, conseguem modificar a postura do paciente e arrumar o leito. O paciente permanece chamando e gritando e debatendo-se no leito, apesar das contenções. A seguir, a enfermeira pega a prescrição médica e dirige-se ao quarto do médico plantonista. Conversa com ele acerca do paciente, permanecendo lá durante um certo tempo. Ao retomar diz: “nós tínhamos de estabelecer uma conduta única para os médicos da UTI. Vai fazer um medicamento que, para um paciente drogadido não faz quase efeito...”. (...) Depois de um certo tempo, a enfermeira aproxima-se do paciente novamente e observa que se acalmara após ser dada a medicação. A enfermeira comenta: “ficará assim por mais 20 minutos...” e que o médico dissera que se não surtisse efeito, então sim poderia ser dada a medicação que ela havia sugerido. Data: 15.07.97; Turno: Noite.

Mesmo em situações de urgência, nas quais o papel do médico pode ser preponderante, não tanto por sua competência técnica, mas, principalmente, pela competência legal que detém, esse caráter gerencial do trabalho do

enfermeiro pode ser extremamente dificultado, como bem pode ser evidenciado a seguir.

As enfermeiras entabulam uma conversação acerca de uma parada cardíaca que ocorrera em determinada unidade. A enfermeira supervisora desta unidade comenta com a enfermeira (observada): “ai, foi uma verdadeira maratona para conseguir que ele (médico da UTI) viesse para atender à parada cardíaca... O médico do pronto socorro... não havia médico no pronto socorro (que, neste hospital, fica responsável por toda e qualquer intercorrência) e ele não queria vir. Veio após eu ter insistido bastante”. Comenta que era um paciente mais antigo, com várias internações, com história de AVC e várias complicações e conclui dizendo: “foi feito algo, mais para dar uma satisfação aos familiares que se encontravam presentes, do que realmente para recuperar o paciente”. Data: 30.06.97; Turno: Manhã.

... seu comparecimento é solicitado no pronto socorro para esclarecer acerca de uma determinada paciente que viera consultar e apresentava-se hipertensa, num plantão anterior e para a qual não fora providenciada sua pronta internação na UTI, vindo a falecer, no local. A enfermeira comenta com a médica solicitante da informação: “o médico plantonista do pronto socorro é que pode solicitar a avaliação pelo médico intensivista. Eu sugeri para ele encaminhá-la para a UTI, mas ele não aceitou minha sugestão. Eu não poderia passar pela autoridade médica, uma vez que o médico é que tem a autoridade para assim proceder, nestes casos”. Conversam durante mais algum tempo, entre manifestações de desaprovação da conduta desse médico e sentimentos de indignação com o ocorrido. Data: 08.07.97; Turno: Noite.

As situações anteriormente descritas, se por um lado evidenciam a existência de conflitos e manifestações de indignação, por outro lado, apesar do desejo explícito de poder opinar e decidir e ter isso considerado, evidenciam atitudes de resignação. Estas últimas configuram-se, principalmente para o enfermeiro, naquilo que Florence Nightingale considerava como a mais perigosa máxima jamais inventada: “o que não pode ser curado tem de ser suportado” (Nightingale, 1989, p. 105), uma versão nightingaleana aproximada do ditado popular “o que não tem remédio, remediado está”, ou seja, como se as coisas são como são e não apresentem possibilidades de vir a ser diferentes.

Para Nightingale (1989, p. 105), “paciência e resignação são sinônimos de descuido ou indiferença - desprezível, se em relação a si mesma; repreensível, se em relação ao seu doente”. A meu ver, muito mais do que uma crítica, tais palavras configuram-se numa incitação à busca de mudanças que devam ser processadas para que o trabalho assistencial se concretize. Mesmo que não sejam direcionadas à satisfação das próprias necessidades e desejos de quem o realiza, mas, pelo menos, direcionem-se para a satisfação das necessidades daquele para quem este trabalho é feito.

Concordo com Pires (1996, p. 113), quando esta autora afirma que “não existe restrição legal à atuação dos médicos em qualquer ramo das atividades de saúde, o que não ocorre com as outras profissões” que não podem desenvolver atividades que são privativas destes profissionais⁴, como de forma tão apropriada ilustram as situações descritas, entre as quais se destacam a realização do diagnóstico clínico-cirúrgico e as decisões sobre a terapêutica, a internação e a alta hospitalar, e mostram quão bem parecem ser do conhecimento tanto dos enfermeiros como de seus auxiliares. Porém, tal prerrogativa da categoria médica não os isenta das obrigações e responsabilidades legais que a acompanham.

Embora haja conflito e mesmo que se suponha que o prevalente seja a decisão médica, independentemente de estar correta ou equivocada, também há momentos possíveis de troca e de tomadas de decisão conjuntas, imprescindíveis ao êxito do trabalho assistencial. Por outro lado, acredito que

⁴ Embora contemplados com a possibilidade de poder realizar qualquer ação relativa à saúde, a meu ver, parece que os médicos ocupam-se, essencialmente, de suas ações privativas, cada vez mais constrangidas, tecnicamente, pelos avanços tecnológicos e científicos e pela emergência cada vez maior de novas especializações no interior de sua própria profissão.

poucas são as condutas ou decisões médicas que se mantêm diante de uma forte e bem sustentada argumentação apresentada pela enfermagem.

Apesar da legislação geral relativa à saúde e ao exercício das profissões desta área, que comportam restrições, a enfermagem tem autonomia para avaliar e tomar uma série de decisões, recorrendo aos conhecimentos típicos dos domínios de seu trabalho profissional. Se há prerrogativas que assegurem determinados privilégios aos médicos, também asseguram aos enfermeiros e aos demais trabalhadores da enfermagem o direito de requisitar seus serviços profissionais, quando estes se fazem necessários, não só à continuidade e integralidade da assistência, mas, especialmente, naquelas situações que se configurem como de excepcionalidade ou de urgência.

De certo modo, esta situação comporta um grau de decisão sobre o processo terapêutico, na medida em que a presença contínua dos profissionais de enfermagem junto aos pacientes constitui-se num espaço, ao mesmo tempo informacional e de ação assistencial que os médicos não têm. No entanto, ocorrem situações nas quais a conduta do médico faz-se necessária, por implicar ou tratar-se de uma necessidade de determinada ação privativa da medicina, ainda que possa ser considerada menos complexa pelo próprio médico que desaprova o chamado, desabonando os que o chamam e desqualificando-os explicitamente por procederem desse modo, como tão bem ilustra a seguinte passagem:

... uma auxiliar de enfermagem do noturno, após a passagem de plantão, comenta com a enfermeira acerca de uma conversa que tivera com determinado médico. Este comentário constitui-se da descrição de uma ocorrência, na qual ela fora questionada pelo médico sobre se ela sabia ou não o que fazer em determinada situação para a qual solicitara seu comparecimento. A auxiliar de enfermagem diz que, embora soubesse o que deveria ser feito

(administrar um analgésico e antitérmico), tivera de chamá-lo para que ficasse registrado que sua presença fora requisitada, para que ele resolvesse um problema de sua competência (examinar o paciente e determinar e prescrever a terapêutica), que ela, como auxiliar de enfermagem não poderia realizar. A enfermeira profere palavras de apoio à auxiliar de enfermagem pela sua forma de atuação, ressaltando que esta é a forma de agir mais indicada, devendo ser adotada sempre e em qualquer situação que exija a intervenção médica. Data: 29.05.97; Turno: Tarde.

Conduas médicas dessa natureza, mesmo que muitas vezes implícitas, em tom de brincadeira e de forma solícita e amistosa, possivelmente sejam responsáveis e/ou sirvam para os profissionais de enfermagem de reforço ao sentimento de inconveniência, quando determinadas solicitações relativas às atribuições profissionais privativas do médico são feitas. Os fragmentos das anotações de campo selecionados e a seguir apresentados evidenciam manifestações de tal natureza.

*A enfermeira, enquanto faz uma ligação telefônica para saber qual o exame que será feito, com o telefone ao ouvido, pergunta sobre os médicos residentes plantonistas. (...) ...sai do posto de enfermagem dizendo: **“mais uma vez vou incomodar o ... (médico residente)”** e dirige-se à sala dos médicos residentes. Retoma do local de permanência dos residentes dizendo: **“ele não vai dar alta. Vai esperar os resultados dos exames solicitados”**. Comenta que seria muito mais econômico para o hospital dar a medicação para ser feita em casa e, após, internar. Data: 22.05.97; Turno: Tarde.*

*A enfermeira realiza o eletrocardiograma com o auxílio de uma estagiária de enfermagem. Analisa-o, comenta acerca do provável resultado e sai em direção ao consultório do médico plantonista do pronto socorro. Apresenta-o ao médico e estabelecem uma conversa acerca do diagnóstico e da conduta. A enfermeira comenta acerca dos prováveis medicamentos e procedimentos necessários com o médico plantonista. Porém, este sugere que seja consultado o cardiologista para ver se revertem no pronto socorro ou lá na cardiologia. A enfermeira, de posse do eletrocardiograma, sai e dirige-se ao setor de cardiologia, percorrendo o longo corredor e subindo vários lances de escada. Ao entrar no setor, pergunta: **“quem é o doutor (médico plantonista na cardiologia) que está de plantão hoje?”**. Após a resposta, dirige-se à UTI Cardiológica como fora indicado. Cumprimenta o médico e apresenta o exame. Transcorrido algum tempo de conversa, ele indica o que ela havia sugerido ser feito ao médico plantonista do pronto socorro. A seguir, o médico cardiologista faz o seguinte comentário: **“ sempre, nos***

meus dias de plantão, tenho que fazer alguma coisa para ti” e a enfermeira, antes de sair, despede-se e comenta com ele: “eu sempre gosto de te incomodar, quando sei que é teu plantão”. Sai do setor e dirige-se ao pronto socorro, indo ter com o médico plantonista. Conversa com ele, dando os devidos esclarecimentos e apresentando as recomendações do médico cardiologista. O médico plantonista do pronto socorro indica que sejam seguidas estas recomendações. Data: 28.05.97; Turno: Tarde.

Nestes registros, não é difícil identificar que a enfermeira teve um trabalho extra para poder localizar o próximo passo no fluxo do trabalho, por conta de problemas na organização do trabalho médico e suas competências respectivas. O fluxo informacional é truncado e exige habilidades do enfermeiro em conseguir a adesão de outros serviços para não comprometer seu próprio trabalho.

Parece relevante destacar que, no modo de produção capitalista, não deve ser esquecido que todo e qualquer profissional, ao vender sua força de trabalho, torna-se, antes de tudo, um trabalhador. Do mesmo modo que, ao assinar um contrato de trabalho com determinada instituição, o enfermeiro está vendendo sua força de trabalho para desempenhar ações relativas à assistência de enfermagem, por um determinado período de tempo, isto não é diferente no caso de todos os demais profissionais, sejam eles de nível superior, médio ou elementar.

Em outras palavras, apesar das possíveis diferenças contratuais entre os diferentes profissionais da área da saúde, para realizarem tipos diferenciados de trabalho afetos às suas especialidades profissionais, ainda assim, independentemente de suas qualificações e especificidades, qualquer profissional também está vendendo sua força de trabalho, obrigando-se contratualmente a trabalhar durante um período determinado de tempo.

Portanto, durante esse período determinado de tempo, qualquer profissional, seja enfermeiro, psicólogo, médico, auxiliar de enfermagem ou seja lá o que for, ele deverá estar, necessariamente, disponível e a serviço da instituição (ou de quem o contratou), para desempenhar ações pertinentes aos domínios do seu trabalho e para o qual está sendo pago.

Parece que, nesse sentido e de forma bastante explícita, principalmente os trabalhadores da enfermagem, que desempenham suas ações em íntima relação com os médicos, ainda não os têm percebido como trabalhadores, neste aspecto, iguais aos demais e isto parece ser compartilhado, também, pelos próprios médicos. Provavelmente porque as profissões da saúde, principalmente a medicina e suas especialidades,

são tomadas como desvinculadas do mundo do trabalho que obedece às leis sociais de necessidades, de carência, e esta desvinculação as coloca acima e além do mundo do trabalho, exaltando suas qualidades de “verdade”, de “ciência”, “dedicação”, de “bem”, “sacerdócio” e de “autonomia” (Almeida e Rocha, 1997, p. 17).

Na última situação apresentada, o comentário realizado pelo médico denota sua percepção de que, ao ser mobilizado pela enfermeira para realizar uma tarefa de sua exclusiva competência técnica e legal, parece que lhe está prestando muito mais um favor pessoal ou atendendo a uma necessidade específica da enfermagem ou da própria enfermeira do que atendendo a uma determinada necessidade de um paciente em particular. O próprio teor do comentário feito pela enfermeira, mesmo que em tom jocoso, deixa transparecer uma certa aproximação e reforço a este sentimento de que, quando solicita alguma coisa ao médico, esta solicitação visa não só a atender

a uma necessidade do paciente, mas a uma necessidade própria, podendo constituir-se ou significar um favor pessoal.

Explorando um pouco mais a análise destas situações conflitivas no exercício das atividades de caráter mais gerencial do enfermeiro, permito-me apresentar que, provavelmente, os sentimentos que afloram em situações similares a estas podem representar o desconforto de ter que solicitar que sejam indicadas medidas terapêuticas ou de qualquer outra natureza que, por sua prática e experiência adquiridas no exercício do trabalho, não lhe são alheias. Em decorrência disso, por conhecê-las e por sabê-las extremamente necessárias e altamente efetivas, é que, nesta última situação apresentada, a enfermeira, ao primeiro indício de uma aparente indecisão por parte do médico plantonista, apesar das sugestões que lhe dera, mobilizou-se prontamente em busca das indicações e da prescrição do médico especialista.

Por sua vez, o profissional médico, ao ser chamado culturalmente de doutor e assim se apresentar, até mesmo antes de sua graduação, já encontra estabelecida uma forma de segregação, não só em relação aos pacientes e aos auxiliares de enfermagem, mas ao próprio enfermeiro que, mesmo sendo um profissional de nível superior, não é dessa mesma forma denominado nem assim se auto-denomina.

Pode-se perceber, assim, a segregação atuando como função da economia subjetiva capitalística e, desse modo, ao pressupor a identificação de qualquer processo com os quadros de referências imaginários que compõem as representações sociais, cultural e historicamente construídas, propicia toda espécie de manipulação: os indivíduos são normalizados e articulados segundo sistemas hierárquicos, de valores e de submissão (Guattari e Rolnik, 1993).

Aqui, pode se perceber como, segundo Guattari (1993a), mesmo que ocorra da forma mais artificial, a ordem social capitalística, para manter-se, recorre à instauração de tais sistemas, colocando à disposição daqueles que compõem a “elite” ou que virão compô-la, determinados bens materiais, meios de cultura e meios de acesso não apenas a conhecimentos diferenciados e muito mais valorizados, mas, principalmente, a todo um conjunto de condições para serem preparados para **o desenvolvimento de um sentimento de competência e de legitimidade decisoriais**. Estes últimos são, talvez, os maiores responsáveis pela aceitação, tida como natural e normal, do estabelecimento de relações hierarquizadas entre os diferentes profissionais da área da saúde, na qual determinadas categorias profissionais são percebidas como sendo superiores a outras, estas devendo ficar sujeitas às ordens e determinações daquelas.

Portanto, aos demais, constituintes dos grupos sujeitados, resta “um abandono à ordem das coisas, uma perda de esperança em dar um sentido à vida” (Guattari, 1993a, p. 47), ou seja, por não deterem um sentimento de competência e de legitimidade decisoriais, o normal e o natural não é somente perceberem-se como subalternos, mas manterem-se acatando e obedecendo *ad eternum* as determinações daqueles detentores das posições socialmente mais privilegiadas.

A ordem social capitalística projeta-se tanto na realidade do mundo como na realidade psíquica, incidindo não só nos esquemas de conduta, de ação, de gestos, de pensamento, de sentido, de sentimento, de afeto, entre outros, como, também, incide nas montagens perceptivas, na memória, na modelização das instâncias intra-subjetivas, não apenas daqueles pretensamente formados

para o exercício do mando, mas daqueles pretensamente formados para o exercício da obediência. Em suma, ela fabrica a relação do homem com o mundo, com os outros e consigo mesmo (Guattari e Rolnik, 1993).

Em relação à produção do ato assistencial em saúde, concordo com Pires (1996, p. 214) que o mesmo

envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração da instituição e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determinam qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual o papel de cada trabalhador, como ocorre nas empresas da produção material. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional.

Percebe-se que há uma grande complexidade presente no processo de trabalho em saúde. Assim, como a totalidade desse processo não é de domínio da administração da instituição, a meu ver não o é, também, de qualquer outra profissão, inclusive da medicina, como comumente pode ser percebido e aceito pelo senso comum. Para corroborar esta afirmativa, destaco a assertiva de Mendes-Gonçalves (1994, p. 197) que, referindo-se aos médicos, apresenta que

a ampla maioria (...) ignora a existência, as funções e a possível articulação do trabalho da enfermagem com o seu. Ao descrever as atividades das enfermeiras, (...) mostram uma olímpica ignorância sobre as mesmas, em alguns casos até chocante pelo caráter simplório. Não são capazes de ir além da idéia de que a enfermeira proceda ao controle e à supervisão do trabalho dos funcionários, mas o exame cuidadoso de seus depoimentos demonstra que nem mesmo essas funções são declaradas por serem conhecidas concretamente, mas por mera especulação, como qualquer pessoa absolutamente estranha aos serviços (...) faria, pois parecem misturadas ao esteriótipo hospitalar de atividades da enfermeira, que não correspondem, em absoluto, às atividades reais (...). Em muitos casos, essa ignorância parece também corresponder à frustração das características esperadas de uma enfermeira e à absoluta impossibilidade de compreender às solicitações que esta categoria profissional faz sobre o trabalho médico.

A existência do senso comum de que o trabalho médico detém o controle do processo de trabalho em saúde pode encontrar sua base de sustentação no fato de que este processo (essencialmente calcado no modelo clínico-biologicista) se dá na presença de algum sintoma percebido por um paciente. Comumente, tem tanto seu início como seu fim, a partir de uma relação com o médico e mediante sua indicação, após avaliação e elaboração de uma hipótese diagnóstica médica inicial, da prescrição das medidas terapêuticas e diagnósticas complementares para serem realizadas, tanto por profissionais médicos como pelos demais profissionais da saúde. Além disso, porque é o médico quem decide acerca de ser ou não ser necessária a internação hospitalar e, em caso de cura ou melhora, determinar a alta hospitalar ou, quando da morte, constatar-la e fornecer o atestado de óbito.

Por sua vez, as precariedades humanas, materiais e organizacionais presentes no trabalho, também parecem constituir-se em impedimentos ao exercício pleno da administração global da assistência pelo enfermeiro. O relato destacado procura ilustrar as implicações das precariedades presentes no trabalho para a realização da assistência e suas repercussões nas condutas dos trabalhadores da enfermagem, especialmente na conduta do enfermeiro.

Uma das enfermeiras supervisoras da manhã aguarda na sala da coordenação de enfermagem (neste hospital são duas enfermeiras supervisoras para o turno da manhã e duas para o turno da tarde; à noite há apenas uma enfermeira supervisora, alternadamente, para cada noite). A enfermeira supervisora do turno da tarde chega, cumprimentando-nos e senta-se próximo à escrivaninha, em frente à colega. Inicia a passagem de plantão, salientando os casos mais complicados e que demandam maiores cuidados. Fazem comentários acerca da falta do livro para registro de ocorrências nas diversas unidades e que o registro está sendo feito em caderno comum. Nesse ínterim, a segunda enfermeira supervisora da manhã se faz presente. Como a segunda enfermeira da tarde ainda não chegara, pergunta à enfermeira supervisora da tarde presente se ela poderia receber o plantão para, depois, passar as informações à

segunda enfermeira supervisora da tarde. Ela concorda e registra as situações que exigem maiores cuidados e atenção. A segunda enfermeira supervisora da manhã expõe acerca da necessidade de consertos de camas e campainhas e trocas de lâmpadas em determinadas enfermarias, informando que os pacientes reclamam muito. Faz o seguinte comentário: **“esta situação é muito estressante! Qualquer dia, vou interditar e impedir as internações!”** Dando seqüência, comunica todos os pedidos realizados, tanto à manutenção para tratar desses aspectos anteriormente apresentados, como de reposição de materiais. As duas enfermeiras supervisoras da manhã iniciam uma conversa acerca de alguns pacientes considerados mais complicados, com suas particularidades e dos procedimentos que executaram. A primeira enfermeira supervisora da manhã, que se fizera presente desde o início da passagem de plantão, registra no caderno os exames realizados. A segunda enfermeira supervisora da manhã comenta acerca dos motivos que a fizeram chegar atrasada, verbalizando seu arrependimento em ter comparecido ao trabalho nesse dia, em decorrência das situações que experienciara. Comenta acerca da necessidade de ter, pelo menos, dois torpedos de oxigênio montados em cada unidade, com o que as demais concordam. Nesse interim, a segunda enfermeira supervisora da tarde faz-se presente (seu atraso deve-se à existência de um outro emprego). A segunda enfermeira supervisora da manhã comenta acerca das condições de determinada paciente portadora de varizes esofágicas que apresentara melena e hematêmese, mostrando-se extremamente angustiada e com pressentimentos de morte iminente. Comunica que fora encaminhada à UTI, porém, somente após sua obstinada insistência e grande perda de tempo na solicitação pela presença do médico, que se recusava a vir para avaliar a paciente e determinar sua transferência. A primeira enfermeira supervisora da tarde pergunta acerca de determinados pacientes, registrando em folha própria para anotações, principalmente os que reúnem maiores chances de apresentarem algum tipo de intercorrência ou imprevisto. As enfermeiras comentam, entre si, acerca das situações que vivenciaram com determinados pacientes mais graves. Após, uma das enfermeiras supervisoras da manhã comunica a reposição do necessário nos carros de urgência, enfatizando que, pelo menos, um estava completo e os demais com algumas deficiências. As enfermeiras supervisoras da manhã despedem-se, desejando um bom trabalho e retiram-se da sala. (...) Nesse meio tempo, uma das colegas da manhã retorna para comunicar sobre uma cesária, esclarecendo que tanto a mãe como a criança encontravam-se bem, saindo logo a seguir, enquanto elas permanecem e comentam entre si acerca da necessidade de providenciar o pedido de material para o Centro Obstétrico. Despedem-se e a enfermeira sujeito da observação, sai da sala da coordenação e dirige-se às unidades sob sua responsabilidade, inciando pelo pavilhão localizado ao final do corredor, no mesmo andar da sala da coordenação. **Data:** 27.05.97; **Turno:** tarde.

Com a apresentação deste extenso fragmento das anotações de campo, tenho o propósito de demonstrar como as características de um grupo sujeitado encontram-se presentes na enfermagem. Diferentemente do grupo sujeito ou que tem vocação para sê-lo,

que se esforça para ter um controle sobre sua conduta, tenta elucidar seu objeto e, nesse momento, secreta os meios desta elucidação (...) é ouvido e ouvinte, e que, por este fato, opera o desapego a uma hierarquização das estruturas que lhe permitirá se abrir para além dos interesses do grupo. O grupo sujeitado não se presta a tal perspectivação; ele sofre hierarquização por ocasião de seu acomodamento aos outros grupos. Poder-se-ia dizer que o grupo sujeito (...) *enuncia* alguma coisa, enquanto que o grupo sujeitado dir-se-ia que "sua causa é ouvida". Ouvida, aliás não se sabe onde nem por quem, numa cadeia serial indefinida. (Guattari, 1987a, p. 92).

Desse modo, quando os trabalhadores da enfermagem comportam-se como um grupo que se sujeita a realizar um trabalho sem as condições necessárias e suficientes para isso, que se mostram indignados com as situações que vivenciam, contudo, mantêm-se resignados, aceitando que indivíduos pertencentes a outros grupos profissionais permitam-se não cumprir com a sua parte do trabalho coletivo que compartilham ou que a protelem ao máximo, exigindo a adoção de condutas que os dobrem pela insistência, por atos de súplica e de uma aparente submissão, muito mais do que pela persuasão e pela autoridade que lhes confere seu exercício profissional, caracterizam-se como membros de um grupo sujeitado.

As queixas veiculadas pelos trabalhadores da enfermagem, principalmente (para não dizer quase que exclusivamente) agudizadas durante as passagens de plantão, confirmam que sua causa é ouvida, porém, na grande maioria das vezes, internamente ao próprio grupo, não sendo direcionada, exteriorizada, explicitada, com a devida e necessária força, àqueles possíveis

responsáveis pela sua resolução. Como membros de um grupo sujeitoado, ao não construírem seus próprios tipos de referências práticas e teóricas, correm o risco de permanecer numa posição constante de dependência em relação ao poder global, nos âmbitos econômico, técnico, do saber, das segregações, dos tipos de prestígio que são difundidos (Guattari, 1987a).

Entretanto, a partir do momento em que os trabalhadores em geral adquirem a "liberdade de viver seus processos eles passam a ter uma capacidade de ler sua própria situação e aquilo que se passa em torno deles". Tal capacidade é que garantirá um mínimo de possibilidade de criação e permitirá conquistar e preservar, exatamente, esse caráter de autonomia tão importante (Guattari e Rolnik, 1993, p. 46).

Para Deleuze (1996, p. 167), "um criador é alguém que cria suas próprias impossibilidades e, ao mesmo tempo, cria um possível (...) ... sem um conjunto de impossibilidades não se terá essa linha de fuga, essa saída que constitui a criação, essa potência do falso que constitui a verdade". Desse modo, se as impossibilidades não só permitem, mas, também, exigem a emergência da criatividade, pode-se concluir que a enfermagem está sendo constantemente convidada a ser criativa, a desenvolver um novo estilo e uma nova forma de realizar o seu trabalho.

Se Sísifo for um representante do homem criativo, como se nos apresenta Camus (1989), essa imagem expressa, então, o conflito básico de todo homem criativo: "ele não pode ser criativo e ao mesmo tempo respeitar completamente a ordem antiga; todo o criativo se coloca contra uma ordem estabelecida e se confronta com ela" (Kast, 1997, p. 71). Essa assertiva encontra ressonância em Deleuze (1996, p. 164), quando diz que "todo novo

estilo implica não um 'golpe' novo, mas um encadeamento de posturas, isto é, um equivalente de sintaxe, que se faz com base num estilo precedente e em ruptura com ele".

Como se pode observar no fragmento das anotações de campo anteriormente apresentado, também há a constante preocupação em municiar aqueles que estão assumindo o turno de trabalho com o máximo de informações e com a máxima fidedignidade possível, dando mostras do grande comprometimento e responsabilidade dos trabalhadores da enfermagem para com o trabalho que realizam. Para corroborar tal assertiva, na enfermagem não é incomum aqueles que terminaram sua jornada de trabalho e, apesar de até mesmo já terem saído, sempre que julgado necessário, retornarem mais uma última vez (ou telefonarem), para saber do andamento do trabalho, prestar maiores esclarecimentos e/ou detalhar melhor determinadas situações.

Mesmo que esta conduta busque garantir a integralidade da assistência e sua continuidade, acredito que tem por objetivo garantir, também, uma possível isenção de culpabilização por algo que possa acontecer e ser atribuído a uma possível falha na comunicação. A culpa na enfermagem parece estar bastante relacionada a esse sentimento de ser responsável por tudo, muito presente na grande maioria dos seus profissionais, que lhes confere uma identificação com a instituição, ao ponto de chegarem a se confundir com determinados aspectos de sua constituição: as precariedades presentes no trabalho confundem-se como precariedades da enfermagem, as limitações institucionais como limitações de seus profissionais, a exemplo da situação descrita a seguir.

A enfermeira da tarde, apesar de já ter passado o plantão, permanece prestando cuidados e auxiliando a mãe da criança, que é médica plantonista do próprio serviço, a realizar o tamponamento nasal anterior, para deter a epistaxe. Verbaliza e demonstra seu constrangimento pela falta de material apropriado, apresentando desculpas, uma vez que dispõem apenas de gaze comum e não da gaze apropriada para realizar este procedimento. Data: 07.07.97; Turno: Noite.

Nessa situação, a enfermeira não só verbaliza mas demonstra sentir-se responsável pelas carências de material e culpada por saber que deveria tê-lo à sua disposição para a realização do ato assistencial. Provavelmente, esta conduta e exposição decorram do conhecimento de que a mãe da criança, como médica, tenha consciência da inadequação do material disponível, porém, parece desconsiderar que, como servidora do mesmo local e sua colega de trabalho, estas precariedades não lhe deveriam ser alheias. Mesmo que o fosse, não haveria motivos para culpabilizar a enfermeira pelas precariedades e carências materiais presentes no trabalho, porque a própria instituição é que não as consegue colocar à disposição do serviço para a realização do ato assistencial.

Desse modo, na enfermagem, mesmo a inexistência de adequadas e satisfatórias condições materiais, humanas e técnicas para realizar o trabalho não impede a emergência do sentimento de culpa e a culpabilização do trabalhador pela não realização de determinado tipo de assistência (Lunardi Filho, 1995). Para atender a determinadas solicitações emanadas do trabalho, que exigem determinadas condições materiais mínimas e para torná-las possíveis de serem implementadas, os profissionais da enfermagem, provavelmente para não se sentirem culpados e/ou serem culpabilizados por não poderem realizá-las, muitas vezes adquirem seu próprio instrumental: termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio e muitas outras coisas mais. Esta

prática, provavelmente não muito incomum, pôde ser observada, como bem o demonstra este fragmento das anotações de campo.

Nesse meio tempo, uma auxiliar de enfermagem comunica à enfermeira da noite que quebrara o termômetro que comprara e que não dispunha, no momento, de outro para verificar a temperatura dos pacientes sob seus cuidados. Data: 13.07.97; Turno: Noite.

Ao realizar esta comunicação à enfermeira, justificando também os motivos pelo qual não adquirira um novo termômetro, possivelmente a auxiliar de enfermagem, já procura apresentar suas justificativas para uma provável impossibilidade para verificar a temperatura corporal, caso não esteja disponível nenhum termômetro na unidade. Desse modo, não pode vir a ser culpabilizada nem vir a receber reprimendas, caso se verifique sua ocorrência.

O fragmento das anotações de campo que se segue parece explicitar melhor as manifestações e os sentimentos dos trabalhadores da enfermagem que decorrem de uma situação de mesma natureza.

Uma auxiliar de enfermagem aproxima-se da enfermeira e solicita “emprestado” um termômetro. Comenta com a enfermeira que não existem termômetros na unidade. A enfermeira lhe diz: “eu trouxe, há pouco, dois termômetros de casa...” . (...) As demais auxiliares de enfermagem presentes comentam que elas próprias compram seus termômetros, mas que quebram facilmente, que ninguém os repõe (numa alusão à administração) e que se vêem obrigadas a pedir emprestado aos colegas ou a comprar para poderem trabalhar. A partir dessas colocações, surgem manifestações de descontentamento com este tipo de problema que elas enfrentam diariamente e que são resolvidos com a compra do termômetro, com dinheiro do próprio bolso para poderem realizar o cuidado que é prescrito pelo médico e pelo qual são “cobradas” pela instituição. Data: 16.06.97; Turno: Manhã.

Essa forma de proceder (adquirir o material para poder realizar o procedimento e para não ser acusado de ser negligente ou sentir-se culpado), quem sabe, pode ser atribuída às exigências ditadas pela própria escola ou órgão formador de trabalhadores da enfermagem, quando determinam que

cada um deve ter seu próprio “material de bolso completo⁵” e que, quando constatada sua falta, há a emergência de aspectos desabonadores nas avaliações realizadas. A exemplo da escola, e possivelmente para fugir de situações geradoras de constrangimentos, esta prática, parece ser transferida e aplicada, também, no próprio local de trabalho.

A análise da situação a seguir descrita procura subsidiar com maior detalhamento este tipo de sentimentos que se manifestam ante as precariedades humanas, materiais e organizacionais presentes no trabalho e com as quais a enfermagem e seus trabalhadores confrontam-se no cotidiano da assistência. Tanto as carências como as situações de conflito vivenciados pela enfermagem no cotidiano da assistência, por analogia ao mito de Sísifo, pode configurar-se como a própria pedra que tem que ser conduzida obstinada e constantemente cume acima, mas que teimosa e continuamente rola encosta abaixo.

A enfermeira da manhã (única enfermeira desta unidade) entra no posto de enfermagem e, através de uma porta contígua entra na sala de prescrições e deixa seus pertences. Comenta que só contaria com apenas um auxiliar de enfermagem (que ainda não se fizera presente). Nesse meio tempo, entra no posto de enfermagem a auxiliar de enfermagem do noturno, que ficara sozinha, desculpando-se por ter realizado apenas o essencial e dentro de suas possibilidades. Justifica, ainda, dizendo não ser do local e que é do centro cirúrgico (fora requisitada para assumir o plantão em substituição aos auxiliares de enfermagem desta unidade, por não terem comparecido ao trabalho), não conhecendo os pacientes ali internados. A seguir, inicia a passagem de plantão. A auxiliar de enfermagem passa o plantão para a enfermeira, alertando acerca dos procedimentos prescritos e realizados e das cirurgias marcadas para serem realizadas pela manhã, com o respectivo preparo por fazer. Comunica que já vieram “as coisas da farmácia”. Relata que

⁵ Este material de bolso, exigido dos alunos desde os primeiros conteúdos práticos, constitui-se de itens materiais considerados necessários e indispensáveis para o desempenho de atividades assistenciais: caderneta de anotações, caneta(s), lápis, borracha, régua, termômetro, garrote, tesoura de ponta-romba e, quem sabe, outros itens opcionais como esfigmomanômetro, estetoscópio, serrinha metálica para serrar ampola, rolo de esparadrapo pequeno, etc...

“o paciente do leito... (determinado número) vomitou, mas se recusou a fazer a medicação”. Comenta acerca dos pacientes que, “felizmente, mantiveram-se tranqüilos e apenas com medicação VO”. A enfermeira questiona acerca da dieta de determinado paciente e a auxiliar de enfermagem diz que não encaminhara nada para a copa. A auxiliar de enfermagem reclama: “não deixaram nenhuma seringa prá mim”. Comentam acerca das características de determinado paciente e das prescrições médicas para o dia de alguns pacientes, que os respectivos médicos prescreveram à noite. A seguir, despede-se da enfermeira e sai. Data: 11.07.97; Turno: manhã.

O verbalizado pela auxiliar de enfermagem (e, provavelmente, também correspondente ao verbalizado por muitos daqueles trabalhadores da enfermagem que vivenciam situações de igual natureza) denota seu alívio por todos os pacientes terem se mantido “tranqüilos” e de somente necessitarem de medicação por via oral, possivelmente, reduzindo seu sentimento de culpa e seu sofrimento pela falta das condições necessárias e suficientes para realizar o trabalho, no caso, explicitamente, a falta de seringas.

A recusa em receber uma medicação, provavelmente injetável, por se tratar de caso de vômito, pelo único paciente que apresentara um problema que exigia condições materiais específicas e das quais não dispunha, isentava-a do sentimento de culpa e acredito, desse modo, amainava seu sofrimento.

Como tão bem ilustram as situações apresentadas, pode-se perceber como tais sentimentos, característicos da subjetividade capitalística e tão presentes nos trabalhadores da enfermagem, fazem com que haja uma inversão perceptiva e os trabalhadores assumam como de sua responsabilidade aspectos que são de outra esfera de competência. Em outras palavras, a culpabilização como uma função da subjetividade capitalística, ao fazer calar e aceitar a interiorização dos valores preconizados pelo capitalismo, faz com que as deficiências institucionais sejam percebidas como sendo

deficiências do trabalhador e, desse modo, em associação ao sentimento de culpa, manifesta-se o sofrimento.

Nesta última situação apresentada, a meu ver, a auxiliar de enfermagem, para isentar-se de culpa e aplacar o sofrimento que as precárias condições de trabalho lhe impuseram, apresenta, de antemão, desculpas e justificativas pela realização do trabalho como fora possível realizar: ter cumprido o plantão sozinha; não pertencer ao quadro de funcionários do local, conseqüentemente desconhecendo suas rotinas e sua organização; desconhecer os pacientes ali internados, limitando-se, basicamente a cumprir as prescrições médicas; e não ter determinadas condições necessárias e suficientes para realizar o trabalho.

Seguramente, esta situação não se constitui em exceção, configurando-se como, até mesmo, uma situação freqüentemente vivenciada por grande parte dos profissionais da enfermagem que, seguidamente, ficam expostos a situações de trabalho com tais características e, quem sabe, até, muitas vezes pior.

A enfermeira da manhã aguarda a enfermeira do turno da tarde, na sala de pré-parto. A enfermeira da tarde chega, entabulam uma conversa amistosa e iniciam, de pé e próximo às duas pacientes que se encontram em trabalho de parto, a passagem de plantão propriamente dita. Esta consiste de uma descrição sucinta das condições gerais de cada paciente, bem como são salientadas suas principais singularidades. A enfermeira da manhã comunica que ainda não veio a roupa, disserta acerca do material que fora encaminhado ao Centro de Material e Esterilização, enfatiza que o telefone, ainda, permanece estragado, comenta acerca da retirada das divisórias que, até o momento, ainda não foram consertadas; comunica que já cumprira todos os trâmites para conseguir a liberação do corpo de um natimorto e que já orientara a família. Os auxiliares de enfermagem não se fizeram presentes no momento da passagem de plantão, porém, dava para perceber que estavam presentes em outro ambiente do Centro Obstétrico, possivelmente passando o plantão entre si. A enfermeira da tarde não estabeleceu contato com os auxiliares de enfermagem que iniciavam o turno, naquele momento, e, despedindo-se da enfermeira do turno da manhã, saiu e dirigiu-se à maternidade para proceder à recepção do

plantão naquele setor (à tarde e nos turnos da noite, há somente um profissional enfermeiro responsável pelos dois setores). Data: 22.05.97; Turno: Tarde.

Este fragmento das anotações de campo foi selecionado para demonstrar e caracterizar que, em situações mais facilmente controláveis e previsíveis, que se mantêm dentro de uma esperada normalidade, as informações acerca das condições dos pacientes podem ser bastante breves, sucintas, objetivas, não se prendendo a grandes detalhamentos.

Por sua vez, foi selecionada, também, para oportunizar e reforçar a percepção da constante preocupação dos enfermeiros com os aspectos ambientais, operacionais e organizacionais do respectivo setor ou unidade, diretamente envolvidos na exeqüibilidade das ações para a possível realização de um trabalho assistencial de melhor qualidade ou, pelo menos, para a possível realização do trabalho assistencial.

A equipe de enfermagem e mais especificamente os enfermeiros parecem estar sempre em função de coisas que já deveriam estar postas e colocadas, *a priori*, à disposição para a realização do trabalho, como acontece na indústria, onde a preocupação com as condições materiais, técnicas e humanas é uma atribuição primordial da administração geral e não do trabalhador.

Na indústria, no caso da falta de matéria prima, da avaria ou inexistência de determinado instrumental ou ferramenta, não ocorrerá a produção de um determinado produto, o que isenta o trabalhador da culpa por não produzir. A administração, para que não seja comprometida a produção, procura, o mais rápido possível, resolver tal problemática para, desse modo, não impedir o processo produtivo e, conseqüentemente, inviabilizar o lucro.

Porém, este parece não ser o caso do trabalho assistencial em saúde e, especialmente, o caso do trabalho assistencial da enfermagem, onde sua realização parece configurar-se, unicamente, como despesa⁶. É um trabalho que não resulta em um produto visível, sendo consumido durante seu processo de obstinada e constante execução, cujo consumidor, até mesmo por desconhecimento de sua necessidade, ou por não o considerar necessário, geralmente, não solicita por sua realização, nem estabelece critérios de qualidade do cuidado que deseja⁷. Sua visibilidade dá-se, paradoxalmente, muito mais, em função de sua não realização. O trabalho da enfermagem pode ser, por analogia, comparado a uma vidraça ou às lentes de um par de óculos: é muito mais fácil perceber sua existência, quando algo interfere em sua funcionalidade.

⁶ Segundo Oliveira (1979), as exigências em termos de enfermagem são vagas e a assistência de enfermagem prestada ao paciente fica incluída no custo global das diárias hospitalares, uma vez que maior destaque é dado às contas decorrentes do cuidado médico. A economia para alargar as margens de lucro, em consequência disso, tende a ser buscada na redução de custos, relegando a um segundo plano a qualidade e quantidade do pessoal para prestar os cuidados de enfermagem, bem como as condições materiais para a realização do trabalho assistencial mais imediato.

⁷ Em relação a essa problemática, Oliveira (1979, p. 14) apresenta um aspecto sobre a enfermagem hospitalar presente na conclusão do relatório do "Levantamento sobre os Recursos e Necessidades de Enfermagem no País", realizado em 1963, pela Associação Brasileira de Enfermagem -ABEn: "quando o público se tornar consciente do cuidado a que faz jus quando hospitalizado, e, quando os legisladores, governantes, médicos e enfermeiros entenderem como os problemas de saúde são afetados pela deficiência qualitativa e quantitativa dos serviços e pessoal de enfermagem, caminhos novos se abrirão na solução dos problemas.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

... nesta investigação, como em qualquer outra do gênero, não se chega a resultados que já não tivessem sido parcialmente previstos desde o início. (...) é que os contornos gerais do objeto por conhecer já são mais ou menos dados por anterioridade; o que se vai investigar é a natureza mais íntima daquilo que a prática já mostrara, a relação entre seus diversos aspectos que conformam um todo estruturado e vivo. (...) o passo verdadeiramente criativo reside na elaboração das hipóteses de trabalho e o que segue é menos uma descoberta, como supõe o leigo, do que a confirmação (detalhada, corrigida, refinada) dessas hipóteses, ou a sua infirmação.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves

Conforme procurei demonstrar e que Leopardi (1991) já afirmara em sua tese de doutorado, a natureza da prática da enfermagem comporta, além do cuidado em si, também a administração dos recursos para que as condições para a realização do trabalho, principalmente da enfermagem e da medicina, sejam asseguradas. Neste contexto, o enfermeiro tem sido incumbido, também e principalmente, de organizar o ambiente do trabalho, mesmo que, por vezes, de modo emergencial, em situações de crise, para viabilizar a atuação dos demais profissionais da saúde que atuam num mesmo local.

Um aspecto interessante que esta autora aponta e que convém ressaltar, por corresponder ao que foi observado, é que o cuidado é resultado tanto da execução de procedimentos de manipulação dos corpos dos indivíduos como de procedimentos administrativos. Os primeiros aparecem e são aceitos como atividades específicas da enfermagem, compreendidos como seu momento mais imediato. Já os últimos configuram-se como aparente corrupção dessa especificidade, ou seja, embora historicamente determinados¹, contudo não são necessariamente apreendidos e aceitos pelos enfermeiros (ou pelos demais profissionais) como próprios da enfermagem. Justifica dizendo que

¹ No Brasil, após os anos 50, o ensino destinado aos enfermeiros, discursivamente, focalizou-se na formação de líderes para virem a ocupar os cargos de chefia existentes nos serviços de saúde, treinamento e supervisão do pessoal auxiliar. Porém, sua formação, contraditoriamente ao discurso, privilegia muito mais os elementos do saber centrados nos cuidados de enfermagem, atribuindo ao enfermeiro o papel de responsável direto pelo desempenho global da assistência de enfermagem. Predominantemente, a escola tem reproduzido a imagem do enfermeiro como um profissional prestador de cuidados com qualidade, ensinando a valorizar e a executar o cuidado individualizado ao paciente, em bases científicas. Contudo, sua função primordial, na prática cotidiana, tem se constituído, basicamente, na gerência dos serviços e no controle do material e do pessoal, em atenção às expectativas do empregador e, inclusive, dos demais profissionais que exercem suas atividades no mesmo local que o enfermeiro. O desempenho da gerência, nestes moldes, torna quase que inviável sua aproximação ao paciente. O enfermeiro, como líder, é responsável pela gerência da assistência de um grupo de pacientes, porém não presta ele próprio toda a assistência, realizando apenas aqueles cuidados tidos como os mais complexos e, em muitas situações, nem mesmo estes (Almeida e Rocha, 1989; Blank, 1987; Trevizan, 1988).

a ação fragmentada em sua constituição social, por exigência da divisão social e técnica do trabalho, no entanto, quando se concretiza no cuidado realizado, incorporado ao organismo do indivíduo, se apresenta reunificada e é neste momento que parece negar todo um processo anterior, qual seja o da administração, porque este não pode ser observado diretamente no consumidor (Leopardi, 1991, p. 153).

Com o passar dos anos, e que Oliveira (1974) já havia apontado, o caráter administrativo do trabalho do enfermeiro vem assumindo novas características nas estruturas cada vez mais complexas das organizações e dos serviços de saúde. Conquanto cresçam em complexidade, devido às incorporações de novas tecnologias à área, especialmente as tecnologias médicas, e em decorrência da própria pressão pela demanda de tais serviços, as estruturas organizacionais, tanto institucional como dos próprios serviços que a constituem, têm se mantido, ainda, cristalizadas em suas formas mais arcaicas e tradicionais.

Desse modo, não vêm permitindo ao enfermeiro isentar-se de realizar muitas destas tarefas, enquanto uma nova configuração organizacional não for estabelecida. Ao contrário, parece que, cada vez mais, encargos dessa natureza vêm sendo acrescentados ao seu fazer, na medida em que se acentua a divisão do trabalho. Prova disso é que às atividades administrativas de organização do ambiente do cuidado e provimento das condições para a realização do trabalho e ao próprio provimento dos cuidados de enfermagem somaram-se outras atividades.

Foram sendo acrescentadas aquelas atividades necessárias para garantir a eficiência do trabalho coletivo nas unidades de internação e de serviço, configurando-o como um trabalho cooperativo. Para tanto, há a necessidade do desempenho de funções de gerência e coordenação, com vistas a concatenar o

próprio trabalho da enfermagem com os trabalhos dos diversos executores de funções especializadas (psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, médicos das mais diferentes especialidades, dentre outros). Estes vêm limitando suas presenças nas unidades geralmente à realização rotineira ou esporádica de determinadas tarefas. Portanto, principalmente as funções de coordenação e gerência, que vêm sendo progressivamente desempenhadas pelo enfermeiro resultam da necessidade de que sejam asseguradas condições para o encadeamento do trabalho assistencial e de reunir as partes do todo, fragmentado em virtude tanto das exigências decorrentes das crescentes especializações como das cada vez mais presentes disfunções burocráticas.

Em relação à forma como o enfermeiro executa e percebe o trabalho que realiza, especialmente em relação aos seus aspectos administrativos, trago as contribuições de Mendes Gonçalves (1994) que, como resultado de seus estudos, concluiu que os enfermeiros, por apresentarem uma concepção aparentemente confusa do que seja administração, consideram como um ônus e sobrecarga as atividades administrativas que desempenham e que, conseqüentemente, os mantêm afastados dos pacientes, impedindo o desenvolvimento daquelas atividades às quais atribuem o sentido mais essencial do seu trabalho, ou seja, a supervisão, o treinamento do pessoal auxiliar e a execução de determinadas ações de cuidados diretos à clientela.

Atribui essa aparente confusão e o caráter de rejeição evidenciado, pela postura que assumem em relação a esse conjunto heterogêneo de atividades, o que permite concluir que tanto as idéias de administração como as de burocracia são carregadas de valores negativos para esses profissionais. "Daí, que tudo aquilo que não se confundir com os ideais profissionais mais claros

(supervisão, treinamento e serviços diretos) caiba sob o rótulo homogeneizante e desvalorizador de "burocracia administrativa" (Mendes-Gonçalves, 1994, p. 209).

Portanto, embora haja o reconhecimento de formas de divisão do trabalho, historicamente impostas, parece haver a tendência à suposição de que o enfermeiro somente poderá sentir-se gratificado quando estiver junto ao paciente, no desempenho de funções pertinentes à assistência direta. As expressões que muitos enfermeiros costumam verbalizar, em relação ao trabalho que realizam, parecem não contemplar espaços para a percepção de suas **limitações** como seres humanos que são, enfatizando seus sentimentos de culpa pela maior dedicação do tempo ao exercício das atividades entendidas como administrativas, em detrimento das atividades inerentes e específicas de cuidado direto (Lunardi Filho, 1995).

Percebe-se, desse modo, fortes indícios de sua construção como sujeitos portadores de uma subjetividade caracteristicamente capitalística que, como

vítimas do capitalismo e do 'socialismo' burocrático, são corroídas por uma angústia e uma culpabilidade inconscientes que constituem uma das engrenagens essenciais para o bom funcionamento do sistema de auto-sujeição dos indivíduos à produção. (...) A obtenção desse resultado repousa sobre o desenvolvimento de um antagonismo reforçado entre um *ideal imaginário*, que inculcamos nos indivíduos por sugestão coletiva, e uma *realidade totalmente outra* que os espera na esquina (Guattari, 1987a, p. 13).

Desse modo, a dicotomia entre a teoria e a prática, entre o que se ensina, o que tem sido (des)preparado para fazer e o que faz, tem originado uma crise, também histórica, de identidade profissional (Lunardi Filho e Lunardi,

1996). Para ilustrar esta forma de ser percebido o trabalho do enfermeiro, trago o seguinte fragmento de minhas anotações de campo:

A enfermeira comenta comigo que, basicamente, a assistência prestada por ela se dá em função das determinações do COREn (realização de cuidados mais complexos). Somente executa as demais atividades (cuidados menos complexos), quando há necessidade, em decorrência da falta de pessoal ou pelo número excessivo de pacientes. A auxiliar de enfermagem que se encontrava presente, comenta que chegou a cursar alguns períodos do curso de graduação em enfermagem, mas que desistira de concluí-lo, por não querer fazer o trabalho de enfermeira e sim assistir como auxiliar de enfermagem. Data: 30.06.97 Turno: Manhã.

Essa maneira de caracterizar o fazer do enfermeiro não acredito que seja prerrogativa exclusiva dessa enfermeira. Muitas das ações desenvolvidas pelos enfermeiros, em geral, seguem essa mesma orientação, com a própria divisão do trabalho entre os membros que compõem a equipe de enfermagem. Por sua vez, também não se constitui em prerrogativa exclusiva da auxiliar de enfermagem este tipo de percepção do fazer do enfermeiro e de sua distinção do fazer do auxiliar de enfermagem. Expressões de igual teor já foram ouvidas em distintas ocasiões e em diferentes locais, proferidas tanto por enfermeiros, inclusive docentes, como por outros auxiliares de enfermagem, alguns deles cursando outro curso superior, apesar de expressarem o gosto pelo trabalho que realizam.

Em relação à exigência cada vez maior de ser adotada pelo enfermeiro uma postura de coordenador e gerente, considero que essa postura não deva ser percebida e tida como limitada, necessariamente, apenas à coordenação e ao gerenciamento das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, mas estendida, também, à coordenação e ao gerenciamento do conjunto das ações dos profissionais de saúde que atuam, principalmente, no âmbito

hospitalar e institucional. Como foi possível observar, embora o enfermeiro não determine como o trabalho dos demais profissionais deva ser realizado, ou seja, não interfira em sua organização interna, nas normas e rotinas que as diversas disciplinas estabelecem para si, sua atuação de coordenação e gerência se dá, essencialmente, com base no seu conhecimento e no seu papel de julgamento e avaliação das condições dos pacientes, mobilizando-se, sendo mobilizado e mobilizando os demais profissionais (médico, psicólogo, nutricionista, assistente social, entre outros) sempre que julgado necessário e pertinente, para realizarem procedimentos e ações inerentes às suas especialidades, fora das situações de atendimento de rotina destes profissionais.

Este tipo de atuação também serve para romper com o mito existente de que só quem sabe fazer pode determinar o que precisa ser feito. A gerência caracteriza-se por deter conhecimentos necessários para decidir o que deve ser feito, em que situações e por quem, portanto, não exige que o gerente necessariamente saiba como deve ser feito aquilo que é preciso para a realização de determinado trabalho.

O domínio do saber-fazer deve ser de competência do técnico responsável por sua execução, por ter recebido formação para o exercício desse saber-fazer específico. Tal assertiva mostra-se especialmente pertinente no trabalho em saúde, pelos graus de complexidade e especialização obtidos com o desenvolvimento técnico-científico, especialmente nas últimas décadas.

Para o enfermeiro, as habilidades em realizar uma observação minuciosa e precisa passam a ser cada vez mais necessárias, não apenas para simplesmente descrever os fatos ocorridos fielmente ao médico, como era preconizado por Florence Nightingale, à sua época. Tais habilidades,

associadas às demais habilidades técnicas e ao acervo de conhecimentos em saúde, constituem-se no patrimônio técnico-científico atual da enfermagem. Tornam-se para o enfermeiro instrumentos para suas tomadas de decisão, não mais apenas como um técnico, mas também como gerente. Desse modo,

o enfermeiro exerce/pode exercer um papel fundamental na organização de um trabalho coletivo que depende da coordenação de atividades que reúnem o conhecimento e as habilidades técnicas, tanto suas como dos demais profissionais, para alcançar os objetivos assistenciais desejáveis, em consonância com os objetivos organizacionais (Lunardi Filho e Lunardi, 1996, p. 31).

Portanto, em decorrência do saber técnico-científico em saúde que detém, o enfermeiro pode estabelecer a seu critério e fundamentado no seu saber, em que situações, para que e quando os demais profissionais de saúde são necessários para prestar suas ações profissionais específicas à continuidade e integralidade da assistência, externamente à sua normatização e organização rotineira, características da função gerencial.

Leopardi (1991, p. 155-6)² já demonstrava forte aproximação com as idéias aqui desenvolvidas, especialmente, quando afirma que o enfermeiro, como um profissional qualificado “assume também um papel junto ao paciente, reunificando para ele o que as disciplinas fragmentaram, instituindo uma unidade às diversas ações que se desenvolvem para o diagnóstico e tratamento das doenças”. Prossegue nessa mesma linha de análise, afirmando com grande propriedade, mas com uma certa cautela, seu pressentimento, com o qual compartilho, de que “esse papel talvez não esteja ainda refletido na estrutura de poder, mas na prática é assim que aparece”. Tal assertiva não só ilustra, mas também corrobora as palavras de Deleuze e

² (grifos meus).

Guattari (1997b, p. 121), quando afirmam que, “para dar um sentido positivo à idéia de um ‘pressentimento’ de algo que não existe ainda, é preciso mostrar como o que não existe já age sob uma outra forma que não aquela de sua existência”, o que acredito ter conseguido demonstrar com a realização dessa pesquisa.

Desse modo, possivelmente, só vai ocorrer a aceitação da administração da assistência global de saúde como uma das funções primordiais do enfermeiro, quando esta for considerada como parte constitutiva do próprio exercício profissional, o que, convenhamos, parece ainda não ser a conduta predominante nem mesmo na enfermagem. O que parece haver é uma nítida tendência da grande maioria dos agentes e dos órgãos formadores de enfermeiros, por um lado, à negação da administração como parte constitutiva do trabalho da enfermagem e essencial do próprio cuidado e, por outro, uma busca de valorização do papel assistencial como se ambos fossem auto-excludentes e incompatíveis, não podendo ser complementares e, até mesmo, desejáveis. Sendo assim,

é possível inferir, que o desejo predominante da escola e de muitos dos seus docentes, de buscar e reforçar o cuidado direto ao cliente como o fazer esperado do enfermeiro não tem sido suficiente para modificar o eixo da prática profissional do enfermeiro. O mercado de trabalho, mesmo que apresente um discurso diferenciado, ainda deseja/exige que este profissional se posicione como uma peça maleável, flexível, e não dura e rígida, frente à/dentro da engrenagem que, muitas vezes, se constitui sua unidade de trabalho, assumindo inúmeras funções e, dentre estas, de coordenação e enfrentamento das crises, das ausências, das faltas, das urgências, dos problemas, dos insucessos e das demandas não atendidas (Lunardi Filho e Lunardi, 1996, p. 25-6).

Em muitas escolas, o que parece estar sendo construído ou idealizado é o trabalho do enfermeiro como algo pronto e acabado, capaz de encaixar-se, harmoniosamente, numa estrutura também pronta e perfeita, na qual se

encontra ausente apenas o enfermeiro e o seu fazer, ou seja, o cuidado direto e de qualidade ao paciente. Contudo, ao graduar-se, o enfermeiro confronta-se com as exigências do mercado de trabalho, para as quais, provavelmente, pelo tipo de ensino ministrado, não recebeu o devido preparo.

Sua formação, na maior parte, parece que não prioriza o aprendizado de funções necessárias ao enfrentamento dos conflitos, insucessos e problemas, como meio para realizar o que deseja e pretende (ou o que tem sido levado a desejar e a pretender): a aproximação ao paciente. Este tipo de formação ainda tem sido negado, ou, no mínimo, não tem sido adequadamente trabalhado, no cotidiano, de forma sistemática e com um olhar e enfoque administrativos. Concordo com Guattari (1987a, p. 13), quando ele afirma que, em consonância com o modo de produção da subjetividade capitalística,

o resultado desse trabalho é a produção em série de um indivíduo que será o mais despreparado possível para enfrentar as provas importantes de sua vida. É completamente desarmado que ele enfrentará a realidade, sozinho, sem recursos, emperrado por toda essa moral e este ideal babaca que lhe foi colocado e do qual ele é incapaz de se desfazer. Ele foi, de certo modo, fragilizado, vulnerabilizado, ele está prontinho para se agarrar a todas as merdas institucionais organizadas para o acolher: a escola, a hierarquia, (...) o aprendizado da fidelidade, da submissão, da modéstia, o gosto pelo trabalho, pela família, pela pátria, (...) sem falar no resto...

Em relação à atuação docente, parece não ser suficiente, simplesmente, alertar o aluno, futuro enfermeiro, de que “a prática ‘poderá ser diferente; ‘poderá’ ser mais dificultosa, ‘poderá’ não ser bem assim como se diz”. Há, inicialmente, a própria necessidade docente da aquisição da suficiente aprendizagem para poder ensinar “**como** trabalhar com conflitos e enfrentar problemas, **como** negociar, **como** dialogar, **como** argumentar, **como** propor e **como** alcançar modificações” (Lunardi Filho e Lunardi, 1996, p. 26). Em

síntese, como aprender a desenvolver estratégias como meios que possibilitem o alcance e a aproximação com o paciente e a qualidade do cuidado almejada.

Inúmeras são as expectativas internas e externas à enfermagem, com as quais o enfermeiro depara-se, bem como com a impossibilidade de atendê-las em sua totalidade. Em decorrência disso, pode-se dizer que o enfermeiro tem sido levado a optar por fazer e executar aquilo que lhe tem sido solicitado, imposto ou exigido, tanto pela administração superior, como pela sua equipe, pelos médicos e por outros profissionais.

Nestes termos, pode-se concluir que o enfermeiro tem assumido a função de administrar o impossível no seu microespaço de trabalho: elabora escalas de pessoal pretensamente adequadas sem contar com suficiente número de auxiliares de enfermagem, sujeita-se a listar e a fazer requisições de materiais sobrepostos, na tentativa de obter o mínimo suficiente e necessário para a realização do trabalho assistencial. Concordo com esta e outras assertivas de Ferraz (1995, p. 108), quando diz que a adoção desse estilo de atuação pelo enfermeiro “demanda grandes investimentos profissionais sem a obtenção de resultados significativos para o cuidado de enfermagem, apenas não deixa aflorar a **desordem institucional**”. Assim, faz-se necessário “pensar em uma forma de transcender ou romper com esse mito da **ordem na enfermagem**”.

Este trabalho, básica e essencialmente desenvolvido pelo enfermeiro, caracteriza sua atuação muito mais como sendo a de um gerenciador de crises em sua unidade de trabalho, pela necessidade de constantes improvisações, tanto no que diz respeito aos recursos materiais, como técnicos e humanos para que o trabalho possa ser realizado. Por sua vez, é por demais difícil

acreditar que, voluntariamente, alguém opte por assumir este tipo de função de “apagador de incêndios” ou de “eterno quebra-galho”.

Contudo, esta forma de atuação parece ser percebida como uma opção e não como uma exigência organizacional do próprio trabalho, para a qual o enfermeiro parece não ter sequer recebido o preparo suficiente para bem realizar, nem para desenvolver a consciência necessária para resistir, dando abertura para que se torne alvo de muitas críticas, não só entre seus pares, mas pelos demais profissionais que atuam no mesmo local que o seu.

Tais críticas, a meu ver, encontram suas justificativas porque, em sua grande maioria, são atividades administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro e nas quais investe grande parte de seu tempo e esforço, porém, apresentam-se esvaziadas de conteúdos de enfermagem e elementares, sob o ponto de vista de sua elaboração intelectual. Além disso, mostram-se mais pertinentes e adequadas de serem assumidas por técnicos da área específica da administração ou dos setores que, por função, foram criados para dar sustentação e subsidiar às atividades assistenciais.

Essa forma de exercer o trabalho, na maior parte das vezes, tem acarretado um real e progressivo distanciamento do enfermeiro das funções assistenciais, ou seja, o afasta, cada vez mais, da realização dos cuidados e do contato direto com o paciente. Constitui-se, por sua vez, em elemento de reprovação e culpabilização de sua prática profissional, ao mesmo tempo em que escamoteia os reais motivos que o levam a atuar desse modo. Sendo assim, a exemplo da grande maioria das pessoas formadas para obedecer e de não se permitir pensar e refletir, o enfermeiro “tal como foi moldado pela

máquina social dominante é demasiado frágil, demasiado exposto às sugestões de toda espécie” (Guattari, 1987a, p. 17).

Desse modo, percebe-se, a meu ver equivocadamente, que esta “opção” de atuação do enfermeiro, frente à expectativa da administração superior e dos demais profissionais tem sido avaliada como decorrente da identificação do papel gerencial como um papel mais interessante, em termos de status e de reconhecimento social, por ser encarado como um trabalho intelectual. Nesta mesma linha de avaliação, o mesmo não se daria com o cuidado direto, por ser menos valorizado, devido à sua associação com o pequeno reconhecimento dado ao trabalho manual.

Porém, parece haver/persistir o consenso, ou quem sabe o mito, de que esta conduta do enfermeiro corresponda a uma fuga para não vivenciar situações e problemas desagradáveis presentes no ambiente de trabalho onde atua, para os quais não se sente suficientemente preparado para enfrentar e solucionar e que o leva a distanciar-se do cuidado direto, impedindo, assim, de por em prática os aspectos científicos da enfermagem aprendidos na escola. Tal consenso parece desconsiderar a possibilidade de que essa conduta possa decorrer de imperativos de natureza (des)organizacional e não de uma condição psicológica ou estratégia utilizada pelo enfermeiro para poupar-se de situações que originem sofrimento, ou como uma manifestação de seu desejo de esquivar-se de realizar atividades do âmbito do cuidado direto, por não querer ou por sentir-se despreparado para realizá-las. Portanto, fica uma questão:

neste contexto de atuação com que se depara o enfermeiro, com múltiplas expectativas quanto ao seu fazer e com a instrumentalização recebida, é possível uma opção diferente? Ou

melhor, é possível uma opção? (Lunardi Filho e Lunardi, 1996, p. 27).

Mesmo com as ressalvas necessárias ao seu modelo, Fayol (1968, p. 26), à sua época, já dizia que, “à medida que alguém se eleva na escala hierárquica, a importância relativa da capacidade administrativa aumenta, enquanto a [importância relativa da] capacidade técnica diminui”. Com tal assertiva não quero afirmar que a capacidade administrativa do enfermeiro seja mais importante do que sua capacidade técnica. Porém, no nível hierárquico que o enfermeiro se encontra, parece que as ações que pode vir a desempenhar, bem como o próprio progresso pessoal e da profissão, dependerão, num primeiro momento, cada vez mais, de sua capacidade administrativa.

Tal raciocínio justifica-se pelo entendimento de que, ante as condições de trabalho enfrentadas pelo enfermeiro, que o têm levado a uma constante busca de condições mínimas para poder exercer o seu fazer, reduzem-se ainda mais suas possibilidades de realizar cuidados diretos aos pacientes. Para o enfrentamento de muitas situações, a necessária e suficiente capacidade administrativa parece não se encontrar adequadamente desenvolvida, demandando maior tempo e desgaste de energia, pela falta de estabelecimento das reais prioridades na realização do seu trabalho.

Em decorrência disso, há o seu afastamento cada vez maior do paciente ou da possibilidade de exercer sua capacidade técnica junto a esse mesmo paciente. A meu ver, o enfermeiro só começará a se fortalecer no trabalho, quando destinar parte do tempo para pensar, quando for capaz de tornar-se seletivo. Não importa o tipo de atividades que venha a desempenhar, importa

que a realize pensando, que se torne o próprio tempo, o tempo dos próprios processos, ao invés de apenas ter tempo para gastar (Fuganti, 1990).

O conhecimento e a vivência dos modos utilizados para a formação profissional do enfermeiro, oportunizados por mais de duas décadas, tanto na condição de discente, como de docente, permitem-me dizer que tais modos têm priorizado o preparo para a prestação de cuidados tidos como científicos e adequados aos pacientes. A formação profissional, porém, parece não reconhecer como pré-condições essenciais, para poder cumprir esta atribuição prioritária, a busca, a promoção, a luta pela organização do ambiente de trabalho como um ambiente terapêutico que assegure condições humanas e materiais para a recuperação, manutenção e promoção da saúde daqueles que, nesse ambiente assim organizado, são atendidos.

É preciso esclarecer que falo em busca e luta, porque tais condições não têm sido dadas, requerendo do enfermeiro, freqüentemente, muitos enfrentamentos, argumentações e negociações, por vezes extremamente conflituosos. Constituem-se em entraves à sua atuação e contribuem, sobremaneira, para o desgaste físico, mental e profissional, aparecendo, desse modo, como fatores fortemente implicados na gênese do sofrimento no trabalho (Lunardi Filho, 1995).

Por outro lado, o fato do enfermeiro compartilhar um saber em saúde bastante próximo, para não dizer comum, ao da medicina e de suas especialidades pode lhe conferir um domínio de conteúdo da área médica que, se transformado em ações práticas, pode extrapolar sua competência legal, em contraposição à competência técnica e científica adquirida já na escola, durante sua formação, mas, principalmente, como se pôde observar, na prática clínica,

no exercício do trabalho. Cabe registrar que a clínica, antes reservada à iniciação médica, com o passar do tempo destina-se não mais à formação única e exclusiva deste profissional, mas aos demais profissionais da saúde e, em especial, aos enfermeiros. Portanto, nesse espaço onde ocorre a formação médica, acontece, também, a formação do enfermeiro, conduzindo cada vez mais a variações em sua prática, ampliando-a, impondo-lhe novas atribuições, responsabilidades, habilidades e muitas outras exigências, em resposta à crescente evolução do saber em saúde.

Porém, essa competência cognitiva e técnica muito próxima à do médico, aprendida na clínica, está subordinada a uma determinação legal para seu exercício pleno. Por sua vez, os critérios utilizados para avaliar a atuação de um “enfermeiro competente” têm considerado, como parâmetro, geralmente, esta competência próxima à do médico.

Assim, sua capacidade de até poder vir a substituir esse profissional em muitas ocasiões, sempre que útil, necessário e oportuno, torna-se critério de bom desempenho profissional, ainda que sem valorização e reconhecimento, inclusive econômicos e legais. Estas são situações ambíguas, que podem ser responsáveis pela sensação de impotência e pela percepção do seu fazer como um trabalho de caráter secundário, sem oportunizar a devida apreensão de sua dimensão e importância no contexto da situação global de cuidado, possivelmente reforçando o mito de sua subalternidade ao trabalho médico.

De fato, a questão que se apresenta não é procurar saber se a enfermagem e seus profissionais são subordinados à medicina e aos médicos, mas sim tentar saber se o inconsciente acredita nisso. As limitações legais e mesmo técnicas do enfermeiro para o exercício de determinadas atividades de

caráter privativo da medicina, ou seja, de exclusiva competência técnica e legal do médico, precisam ser compreendidas não como sendo limitações profissionais devidas ao fato de ser enfermeiro, mas limitações profissionais que decorrem do fato de não ser médico.

Portanto, o enfermeiro deve estar cômico de que sua formação não deve ser buscada com a finalidade de substituir e até mesmo prescindir do médico, mas para melhor instrumentalizar-se para cuidar, decidir e planejar acerca das questões pertinentes à assistência de enfermagem e para tornar-se mais apto a atuar, inclusive, sobre o ambiente de trabalho, tornando-o terapêutico, reunindo condições para que a assistência global possa acontecer o mais próximo possível de sua plenitude.

Para tanto, e guardadas as devidas proporções, além dos conhecimentos adquiridos na clínica, necessita ter acesso, também, a um conjunto de saberes que a ultrapassem, de modo a ser autorizado a assumir no seu local de trabalho o exercício pleno das demais funções que há muito vem desempenhando e que podem ser de sua competência legal, como é o caso da administração da assistência global de saúde.

Em outras palavras, desempenhar aquilo que “já estava presente ‘desde sempre’, mas em outras condições perceptivas”. Portanto, “é preciso novas condições para que aquilo que estava escondido ou encoberto, inferido, concluído, passe agora para a superfície” (Deleuze e Guattari, 1997a, p. 165).

Acredito que dentre estas novas condições poderia estar presente um novo tipo de desempenho da própria chefia de enfermagem. A meu ver, em decorrência de constituir o quadro da administração superior da instituição dispõe da proximidade com os órgãos decisórios e de possibilidades do

exercício das prerrogativas que possui e da conquista de novas prerrogativas que lhe oportunize estabelecer prioridades no direcionamento dos recursos financeiros, em que possam ser contempladas tanto a aquisição de meios materiais como a contratação de recursos humanos, nos aspectos quali-quantitativos suficientes e necessários à adequada realização do trabalho assistencial.

Outro aspecto que reforça esta percepção é que, em complementaridade às ações médicas, cada vez mais centradas na doença em seu momento agudo, as práticas desenvolvidas pela enfermagem vêm, progressivamente, colocando sua ênfase na assistência ao ser humano em seu cotidiano. Neste sentido, percebe-se a emergência, embora tímida, de esforços de muitos profissionais da enfermagem para vencer medos e inseguranças pessoais, unindo forças para o desenvolvimento de novos modos de assistir e para a conquista e construção de novos espaços e novas formas de relações intra e interprofissionais. Segundo Deleuze (1996, p. 214),

quando uma minoria³ cria para si modelos é porque quer tornar-se majoritária e, sem dúvida, isso é inevitável para sua sobrevivência ou salvação (por exemplo, ser reconhecido, impor seus direitos). Mas sua potência provém do que ela souber criar e que passará mais ou menos para o modelo, sem dele depender.

Os profissionais de enfermagem, como se procurou explicitar durante todo o desenvolvimento do presente texto, necessitam procurar estratégias para romper com suas raízes servis e assumir sua competência para enunciar seus próprios preceitos e, desse modo, integrar-se à equipe de saúde como

³ Por minoria não deve ser entendida uma quantidade relativamente menor, mas a determinação de um estado ou padrão em relação ao qual tanto as quantidades menores quanto as maiores serão ditas minoritárias. Por sua vez, "maioria supõe um estado de dominação, não o inverso" (Deleuze e Guattari, 1997a, p. 87).

parte constituinte da mesma, em igualdade de condições com os outros profissionais para decidir sobre seu próprio trabalho e sobre o trabalho em saúde, como um todo.

Para tanto, é necessário ter sempre presente que o trabalho em saúde deve ser compreendido como um trabalho coletivo, desenvolvido por ações de diversas categorias profissionais, de caráter complementar e cooperativo. Desse modo, caracteriza-se pela existência de relações de interdependência e não de subalternidade entre os diversos agentes. É um trabalho que contempla espaços de liberdade para a tomada de decisão e autonomia, consoantes às competências técnicas e legais de cada categoria profissional, na parte que lhe corresponde realizar.

Especialmente em situações de saúde, caracterizadas pela ausência de sintomas e de evidências de anormalidades, os profissionais da área da saúde apresentam um maior grau de independência entre suas práticas, sendo mais imprecisas as fronteiras e limites de cada profissão. O exercício profissional contempla o desempenho de ações, dentro da órbita da competência técnica adquirida com a prática e o estudo, sem ferir a lei, a ética, nem susceptibilidades, tais como ações de educação para a saúde, orientação e supervisão de pacientes, que podem e devem ser atribuição de qualquer profissional da saúde.

Entretanto, em situações de doença, na evidência de anormalidades e de sintomatologia manifesta, os profissionais da saúde apresentam um maior grau de interdependência, uma vez que os limites e competências técnicas e legais tornam-se mais precisos. Portanto, a competência técnica, por si só, já não é

suficiente para que determinadas ações possam acontecer, sem ferir preceitos profissionais, legais ou mesmo éticos.

A título de exemplo e pelos fortes laços de complementaridade, que tanto a medicina como a enfermagem apresentam, pode-se afirmar que, em situações de doença, a enfermagem interdepende da medicina quanto ao diagnóstico, para melhor decidir acerca da assistência necessária, e da prescrição terapêutica para implementá-la, constituindo-se, por sua vez, em subsídios para tornar determinados cuidados de enfermagem mais adequados à condição clínica apresentada pelo paciente.

Por sua vez, no espaço hospitalar e institucional, a medicina interdepende da enfermagem quanto à organização e gerenciamento do ambiente do cuidado, para que sua prática possa se efetivar, e, principalmente, das habilidades e conhecimentos dos profissionais de enfermagem, não só para que a implementação de sua prescrição ocorra, mas para que, a partir das observações, avaliações e notificações realizadas pela enfermagem, disponha de maiores subsídios nas tomadas de decisão. Portanto, a interdependência se dá no nível do saber-fazer específico de cada uma, no âmbito de sua competência técnica e legal, numa relação de complementaridade entre ambas e não necessariamente de subordinação de uma à outra, em todas as situações.

Para finalizar, esclareço que minha intenção com a realização desse trabalho não foi de apresentar verdades, mas abalar certezas e gerar o desassossego. Constitui-se, também, num convite para que haja o engajamento de todos na busca por novas formas de organizar o trabalho, que possibilitem uma existência tanto ética como estética, digna de ser chamada de humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A história da filosofia exerce em filosofia uma função repressora evidente, é o Édipo propriamente filosófico: você não vai se atrever a falar em seu nome, enquanto não tiver lido isto e aquilo, e aquilo sobre isto e isto sobre aquilo. Na minha geração muitos não escaparam disso, outros sim, inventando seus próprios métodos e novas regras, um novo tom.

Gilles Deleuze

- ABRIC, J. C. (Org.). **Pratiques sociales et representations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- AKTOUF, O. A administração da excelência: da deificação do dirigente à reificação do empregado. In: DAVEL, E. e VASCONCELOS, J. (Orgs.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 242-266.
- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho?** 5 ed., São Paulo: Brasiliense, 1992.
- ALBUQUERQUE, M. C. de. Situação da enfermagem na década de 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis, 1989. p. 76-83.
- ALMEIDA, M. da P. E. de. Mito: metáfora viva? In: MORAIS, R. (Org.). **As razões do mito**. Campinas: Papyrus, 1988, p. 69-80.
- ALMEIDA, M. C. P. de et al. A situação da enfermagem na década de 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis, 1989. p. 43-75.
- ALMEIDA, M. C. P. de e ROCHA, J. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, M. C. P. de e ROCHA, S. M. M. (Orgs.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ARDOINO, J. La intervención: imaginario del cambio o cambio de lo imaginario? In: GUATTARI, F. et al. **La intervención institucional**. México: Plaza y Valdes, 1987, p. 13-42.
- BARROS, R. D. B. de. Dispositivos em ação: o grupo. São Paulo, **Cadernos de Subjetividade**, num. esp., p. 97-106, jun. 1996a.
- _____. Guattari e as 'filiações'. São Paulo, **Cadernos de Subjetividade**. v. 1, n. 1, p. 51-52, mar./ago. 1993. 2 ed., 1996b.
- BARTHES, R. **Mitologias**. 9. ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1993.
- BERGAMASCHI, M. A. **Apropriação da língua escrita e produção de subjetividade como possibilidade de singularização: cartografia de uma sala de aula de segunda série**. Porto Alegre, 1996, 167 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1996.
- BLANK, V. L. G. **Contribuição ao estudo da prática de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1987.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista - a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

- CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- CASTELLANOS, B. P. et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis, 1989. p. 147-169.
- CATTANI, A. D. **Trabalho e autonomia**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- COELHO JÚNIOR, N. Félix Guattari e os relevos da realidade. São Paulo, **Cadernos de Subjetividade**. v. 1, n. 1, p. 49-50, mar./ago. 1993. 2 ed., 1996.
- COLBARI, A. de L. Imagens familiares na cultura das organizações. In: DAVEL, E. e VASCONCELOS, J. (Orgs.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1996. p. 208-229.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 2 ed., São Paulo: Atlas, 1993, v. 1.
- _____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E. e JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- _____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- DEJOURS, C. e ABDOUCHELI, E. Desejo ou motivação? a interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. e JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **O anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia**. Lisboa: Assírio & Alvim, 1966.
- _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995a, v. 1.
- _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995b, v. 2.
- _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996, v. 3.

- _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1997a, v. 4.
- _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Rio de Janeiro: Editora 34, 1997b, v. 5.
- DELEUZE, G. e PARNET, C. **Diálogos.** 2 ed., Valência: Pre-textos, 1997.
- ELIADE, M. **Mito e realidade.** 4 ed., São Paulo: Perspectiva, 1994.
- ENRIQUEZ, E. Prefácio. In: DAVEL, E. e VASCONCELOS, J. (Orgs.). **Recursos humanos e subjetividade.** Petrópolis: Vozes, 1996. p. 7-22.
- FAYOL, H. **Administração industrial e geral.** 7 ed., São Paulo: Atlas, 1968.
- FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem - da gerência científica à gerência sensível.** Ribeirão Preto, 1995, 248 p. + anexos. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 9 ed., Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- _____. **O anti-édipo: uma introdução à vida não fascista.** São Paulo, **Cadernos de Subjetividade.** num. esp., p. 197-200, jun. 1996.
- FRIEDMANN, G. **O trabalho em migalhas.** São Paulo: Perspectiva, 1983.
- FROMM, E. **Sobre la desobediencia y otros ensayos.** Buenos Aires: Paidós, 1989.
- FUGANTI, L. A. **Saúde, desejo e pensamento.** **Saúdeloucura,** 3 ed., São Paulo, Hucitec, n. 2, 1990, p. 19-82.
- GARAUDY, R. **Capitalismo do século XX.** Rio de Janeiro: Saga, 1970.
- GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 2. ed., São Paulo: Cortez, 1985.
- GOMES, E. L. R. **Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento.** Ribeirão Preto, 1991: 188 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1991.
- GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo.** 3 ed., São Paulo: Brasiliense, 1987a.
- _____. Entrevista. In: GUATTARI, F. et al. **La intervención institucional.** México: Plaza y Valdes, 1987b, p. 95-122.
- _____. **O inconsciente maquínico: ensaios de esquizo-análise.** Campinas: Papyrus, 1988.

- _____. Linguagem, consciência e sociedade. **Saúdeloucura**, 3 ed., São Paulo, Hucitec, n. 2, 1990, p. 3-17.
- _____. **As três ecologias**. 4 ed., Campinas: Papyrus, 1993a.
- _____. **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993b.
- _____. Da produção de subjetividade. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1993c, p. 177-191.
- _____. Guattari, o paradigma estético (entrevista a Fernando Urribarri). São Paulo, **Cadernos de Subjetividade**. v. 1, n. 1, p. 29-40, mar./ago. 1993. 2 ed., 1996.
- GUATTARI, F. e ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- HASSARD, J. Tempo de trabalho - outra dimensão esquecida nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 2 ed., São Paulo: Atlas, 1993, v. 1.
- KAST, V. **Sísifo: a mesma pedra - um mesmo caminho**. 10 ed., São Paulo: Cultrix, 1997.
- KATZ, C. S. Crianceria: o que é a criança. São Paulo, **Cadernos de Subjetividade**, num. esp., p. 90-96, jun. 1996.
- KLEBA, M. E. A enfermagem na Alemanha: algumas reflexões sobre sua constituição histórica e o processo atual de profissionalização. Ribeirão Preto, **Rev. Latino-am. enfermagem**. v. 4, n. 3, p. 117-133, dez. 1996.
- LEOPARDI, M. T. et al. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem - uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, 1989, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis, 1989. p. 97-126.
- LEOPARDI, M. T. **Método de assistência de enfermagem: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho**. Ribeirão Preto, 1991, 176 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- _____. Qualidade de vida no trabalho: a busca de um trabalhador omnilateral. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46, Porto Alegre, 1994. **Anais**. Porto Alegre: ABEn/BR, ABEn/RS, 1994. p. 179-183.
- LIMA, M. J. **O que é enfermagem?** 1 ed., São Paulo: Brasiliense, 1993.

LOPES, M. J. M. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 41, n. 3/4, p. 211-217, jul./dez. 1988.

LJDKKE, M. e ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, V. L. Relacionando enfermagem, gênero e formação disciplinar. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 286-295, jul./dez. 1993.

_____. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des)construção do sujeito enfermeira.** Porto Alegre, 1994, 270 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.

_____. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem.** Florianópolis, 1997, 279 p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

_____. **História da enfermagem: rupturas e continuidades.** Pelotas: UFPel. Editora Universitária, 1998.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem.** Porto Alegre, 1995, 288 p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

LUNARDI FILHO, W. D. e LUNARDI, V. L. Uma nova abordagem no ensino de enfermagem e de administração em enfermagem como estratégia de (re)orientação da prática profissional do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 20-34, jul./dez. 1996.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, M. C. L. Estratégias do(s) empregado(s) no cotidiano das relações de trabalho: a construção de processos de auto-regulação. In: DAVEL, E. e VASCONCELOS, J. (Orgs.). **Recursos humanos e subjetividade.** Petrópolis: Vozes, 1996. p. 168-184.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MENZIES, I. **O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade.** Londres: Tavistock Institute of Human Relations, 1970. (Tradução de Arakcy Martins Rodrigues) mimeo, 56 p.

- MEYER, D. E. E. **Reproduzindo relações de gênero e de classe no ensino da enfermagem**. Porto Alegre, 1991. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.
- MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996.
- MOSCOVICI, S. Sobre representações sociais. In: FORGAS, J. P. **Social cognition: perspectives on everyday understanding**. New York: Academic Press, 1991. (Tradução de Clélia Maria Nascimento Schulze). mimeo.
- MOURA, T. O mito, matriz da arte e da religião. In: MORAIS, R. (Org.). **As razões do mito**. Campinas: Papyrus, 1988, p. 45-57.
- NAFFAH NETO, A. Genealogia das neuroses, São Paulo, **Cadernos de Subjetividade**, v. 1, n. 1, p. 63-88, mar./ago. 1993. 2 ed., 1996.
- NEVES, C. E. A. B. Sociedade de controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação. **Saúdeloucura**, São Paulo, Hucitec, n. 6, 1997, p. 84-91.
- NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; [Ribeirão Preto, SP] : ABEn-CEPEn, 1989.
- NOVASKI, A. Mito e racionalidade filosófica. In: MORAIS, R. (Org.). **As razões do mito**. Campinas: Papyrus, 1988, p. 25-30.
- OLIVEIRA, M. I. R. de. **A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente: análise sociométrica multirrelacional**. São Paulo, 1974, 86 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, 1974.
- _____. **Enfermagem e estrutura social**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza-CE, 1979. **Anais**. Brasília: ABEn/BR, ABEn/CE, 1979. p. 9-26.
- PELBART, P. P. Um direito ao silêncio. São Paulo, **Cadernos de Subjetividade**. v. 1, n. 1, p. 41-48, mar./ago. 1993. 2 ed., 1996.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- _____. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas**. Campinas, 1996, 347 p. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1996.
- PITTA, A. **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo: HUCITEC, 1990.
- ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

- _____. **Subjetividade, ética e cultura nas práticas clínicas.** São Paulo, **Cadernos de Subjetividade**, v. 3, n. 2, p. 305-313, set./fev. 1995.
- _____. **A morte de Félix Guattari.** São Paulo, **Cadernos de Subjetividade**, v. 1, n. 1, p. 35-40, mar./ago. 1993. 2 ed., 1996.
- _____. **Psicologia: subjetividade, ética e cultura.** **Saúdeloucura**, São Paulo, Hucitec, n. 6, 1997, p. 13-21.
- SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** São Paulo: HUCITEC, 1993.
- SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez, 1994.
- SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1986.
- SKINNER, B. F. **O mito da liberdade.** 3 ed., São Paulo: Summus, 1983.
- SOBRAL, V. R. S. et al. De Florence a DuLoren. **R. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 103-112, maio 1996.
- STEINER, C. M. **O outro lado do poder.** 2. ed., São Paulo: Nobel, 1989.
- TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração e burocracia.** Brasília: UnB, 1988.
- TRIGO, L. G. G. O mito na cultura contemporânea. In: MORAIS, R. (Org.). **As razões do mito.** Campinas: Papirus, 1988, p. 109-120.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1990.
- WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais.** 2. ed., Petrópolis: Vozes, 1995.
- WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo.** 3 ed., São Paulo: Pioneira, 1983.