

Cristina Maria Douat Loyola

# OS DOCEIS CORPOS DO HOSPITAL

AS ENFERMEIRAS  
E O PODER INSTITUCIONAL  
NA ESTRUTURA HOSPITALAR

Edição SR2/UFRJ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

REITOR:

Prof. Horácio Cintra de Magalhães Macedo

SUB-REITOR DE ENSINO PARA GRADUADOS E PESQUISA:

Prof. Paulo Alcantara Gomes

PEDE-SE PERMUTA

WE ASK FOR EXCHANGE

OS DOCE(I)S CORPOS DO HOSPITAL

AS ENFERMEIRAS E O PODER INSTITUCIONAL  
NA ESTRUTURA HOSPITALAR

2<sup>a</sup> edição

ENDERECO:

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NÉRI - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova  
CEP: 20211 - Fone: (021) 224-1045 - Rio de Janeiro-RJ

Cristina Maria Loyola Miranda

PROGRAMA EDITORIAL SUB-REITORIA DE ENSINO  
PARA GRADUADOS E PESQUISA - SR2-UFRJ

COORDENAÇÃO: Ligia Vassallo

UFRJ

PROED

RIO DE JANEIRO

1987

Ficha catalográfica elaborada pela  
Biblioteca Central da UFRJ

L 923 Loyola, Cristina Maria Douat  
Os doce (I)s corpos do hospital: as  
enfermeiras e o poder institucional na  
estrutura hospitalar / Cristina Maria  
Douat Loyola.-- Rio de Janeiro: UFRJ,  
1987.

xii, 137p.

CDD-610.733

1. Enfermagem. 2. Hospital. 3. Ciênc-  
cias sociais. I, Universidade Federal do  
Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e  
Ciências Sociais

A meu pai,  
in memorian.

A meu marido Vicente,  
pela paciente aceitação  
dos momentos de crise.

O homem não vive somente a sua vida individual; consciente ou inconscientemente, participa também da vida da sua época e de seus contemporâneos.

O indivíduo pode visar numerosos objetivos pessoais, finalidades, esperanças, perspectivas que lhe dêem o impulso para grandes esforços e elevadas atividades; mas quando o elemento impersonal que o rodeia, quando o próprio tempo, não obstante toda a agitação exterior, carece no fundo de esperanças e perspectivas, quando se lhe revela como desesperador, desorientado e falto de saída e responde com um silêncio vazio à pergunta que se faz consciente ou inconscientemente mas em todo caso se faz, a pergunta pelo sentido supremo, ultrapessoal e absoluto, de toda atividade e de todo esforço — então se tornará inevitável, justamente entre as naturezas mais retas, o efeito paralisador desse estado de coisas, e esse efeito será capaz de ir além do domínio da alma e da moral, e de afetar a própria parte física e orgânica do indivíduo. Para um homem se dispor a empreender uma obra que ultrapassa a média das absolutas necessidades, sem que a época saiba uma resposta satisfatória à pergunta "para que", é indispensável ou um isolamento moral e uma independência como raras vezes se encontram e tem um que heróico, ou então uma vitalidade muito robusta .

A MONTANHA MÁGICA  
THOMAS MANN

NOTA PRELIMINAR

Este trabalho foi apresentado como dissertação de mestrado no Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

É um estudo de caso que visa ilustrar a análise das relações institucionais entre médicos e enfermeiras na estrutura hospitalar. Utilizando-se de uma visão microfísica do Poder, procurou-se apreender da prática diária das enfermeiras no hospital elementos que poderiam colaborar para uma submissão das enfermeiras à figura do médico.

O que parece oportuno lembrar é que a forma acadêmica na qual é apresentado deve-se ao fato de ter sido elaborado como um dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre. Ela representa a necessidade de seguir as regras do jogo e não a convicção da sua maior eficácia como meio de comunicação.

Cumpre-me ainda expressar o meu agradecimento sincero a todos os que me auxiliaram na realização deste trabalho.

A orientadora de tese, a ilustre socióloga Madel Therezinha Luz, agradeço as valiosas contribuições que me prestou no plano intelectual e a compreensão e sensibilidade com que sempre me atendeu.

Aos meus muito queridos amigos e companheiros do hospital onde realizei o trabalho de campo quero deixar registrada a certeza de que sem a sua colaboração nada teria sequer se iniciado. Este trabalho também lhes pertence.

S U M Á R I O

pág.

1. INTRODUÇÃO	
O Poder e as Enfermeiras -----	13
2. AS ENFERMEIRAS E O PODER MÉDICO -----	16
O Nascimento da Enfermagem -----	22
A Enfermagem no Brasil -----	25
3. AS ENFERMEIRAS E A SUBMISSÃO INSTITUCIONAL -----	36
4. O MÉTODO DE TRABALHO -----	38
Os Resultados da Pesquisa de Campo: a enquete e a observação participante -----	40
Estrutura Geral da Categoria -----	41
O Perfil da Enfermeira em Relação aos Dados Pessoais -----	42
. A formação da Enfermeira -----	45
. A prática profissional da Enfermeira -----	58
. As relações institucionais Enfermeira/ Médico -----	65
. A Observação Participante: vigiando os braços do C.T.I. -----	80
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS -----	85
O Laboratório da Docilidade -----	87
O "Branco Limpo" e o "Branco Sujo" - a guerrilha das Enfermeiras no Hospital -----	91
6. CONCLUSÕES -----	101
BIBLIOGRAFIA -----	103

	pág.
NOTAS -----	106
ANEXOS	
1. Tabelas -----	109
2. O Diário de Campo da Observação Participante	125

## 1. INTRODUÇÃO. O PODER E AS ENFERMEIRAS

Embora definindo que "a função específica do enfermeiro é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desenvolvimento de atividades que contribuem para a sua saúde ou sua recuperação (ou para a morte tranquila) que ele mesmo fará sem ajuda, se tiver a força necessária, desejo ou conhecimento, fazendo de tal sorte que ele possa adquirir sua independência o mais rápido possível"<sup>1</sup>, a realidade institucional de saúde no Brasil ainda apresenta o INAMPS como o grande empregador de saúde e as instituições hospitalares como os locais onde o maior número de enfermeiras exerce suas atividades profissionais.

O reconhecimento de um tipo específico de poder que FOUCAULT<sup>2</sup> chamou de disciplina ou de poder disciplinar nos remete a pensar em como se dão, na realidade, as relações de Poder dentro do hospital. Hospital, aqui, visualizado como uma instituição onde há uma distribuição dos indivíduos através da inserção de seus corpos em um espaço individualizador, classificativo. Onde o tempo é controlado, onde a disciplina estabelece uma sujeição do corpo ao tempo e onde a vigilância é um dos principais instrumentos de controle. Essa disciplina implica em um registro contínuo de conhecimento e ao mesmo tempo em que exerce um poder produz um saber.

Nas sociedades atuais, capitalistas ou socialistas, as relações de Poder assumem variadas expressões explícitas. Vemos em MACHADO<sup>3</sup>, citando FOUCAULT, que as relações de poder não se passam fundamentalmente nem ao nível do direito, nem da violência; nem são basicamente contratuais nem uni-

camente repressivas. É falso definir o Poder como algo que diz não, que impõe limites, que castiga. O Poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica, uma positividade.

Na tentativa de estabelecer uma averiguação ascendente, que vai perceber os micro-poderes existentes, integrados ou não ao centro, é que pensamos em escutar as enfermeiras sobre sua vida, sua formação científica, sua prática profissional e institucional.

Constatamos, na nossa prática, que a enfermeira é submissa ao saber médico. Como se dá essa submissão na prática institucional? Que práticas e rituais fortalecem essa relação de Poder do Médico para com as enfermeiras? Como se materializa essa dominação, por vezes nem por elas mesmo percebida? Qual é a eficácia produtiva deste Poder?

Segundo a leitura de FOUCAULT, descrita por MACHADO<sup>4</sup>, vemos que "nem o controle, nem a destruição do aparelho de Estado, como muitas vezes se pensa, é suficiente para fazer desaparecer ou para transformar, em suas características fundamentais, a rede de poderes que impera em uma sociedade". Esta luta apresenta um inimigo invisível e ardiloso. "Os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras".

Segundo MACHADO<sup>5</sup>, "o poder não existe; existem sim, práticas ou relações de poder". Na situação da enfermeira, dentro do hospital, que práticas são estas; quem é o ini-

migo?

Ainda segundo MACHADO<sup>6</sup>, ao detalhar a genealogia do poder, FOUCAULT ressalta que o caráter relacional do poder implica em que "as próprias lutas contra seu exercício não podem ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder, teia que se estende por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar. E como onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social".

Como se apresenta, dentro do hospital, a resistência oferecida pelas enfermeiras às relações de Poder estabelecidas? De que maneira, positiva ou negativa, na prática profissional do dia a dia, ela se explicita?

Estas são algumas questões que este trabalho se propõe a responder num estudo de caso realizado num Centro de Terapia Intensiva (CTI) no Rio de Janeiro.

## 2. AS ENFERMEIRAS E O PODER MÉDICO

A enfermeira é o profissional da equipe de saúde que mais tempo permanece junto ao paciente internado. Esta é uma afirmativa muito comum, em qualquer análise da dinâmica da equipe de Saúde. Poderíamos inferir, a partir desta afirmação:

- 1) - que a formação deste profissional requer uma sólida base de conhecimentos científicos, de modo a que uma boa assistência seja pres tada ao paciente;
- 2) - que este convívio íntimo e prolongado com o paciente deva propiciar à enfermeira ricos conhecimentos acerca do trato humano, de características individuais e coletivas, e do ser humano como um todo.

Sabemos que a formação acadêmica da enfermeira é feita ao longo de cinco anos de Curso de Graduação, em horário integral, de atividades práticas e teóricas. Entretanto, na prática institucional hospitalar, observamos uma submissão deste profissional ao saber médico que se explicita, no dia a dia do hospital, em uma submissão das enfermeiras aos médicos.

Em trabalho de campo realizado durante o Curso de Mestrado, em que foram entrevistados 1 (hum) médico, 1(uma) enfermeira e 4 (quatro) pacientes em pós-operatório, numa clínica de cirurgia geral, onde tentamos perceber a expectativa em torno do papel da enfermeira, observamos os seguintes pontos:

- 1) - Os quatro pacientes entrevistados não sabiam o nome da enfermeira do setor, embora estivessem internados em média há seis dias.
- 2) - Nenhum dos entrevistados (médico, enfermeira e pacientes), nem mesmo a enfermeira sa be o que é consulta de enfermagem.
- 3) - Os pacientes informam que "é muito difícil saber quem é quem, porque como o uniforme é igual a gente confunde", e confundem mesmo porque nenhum deles soube diferenciar nem a nível teórico e nem prático quem é e o que fazem especificamente o auxiliar de enfermagem e a enfermeira.

"A idéia que sentimos a respeito da enfermeira, é a daquela pessoa que vem junto com o médico de manhã e ajuda ele". No relato de um paciente (ainda no trabalho anteriormente citado), é exatamente esta submissão implícita que o fez não querer que sua filha fosse enfermeira.

Na verdade, este "anjo branco" é o anjo da paci ência, da boa-vontade e da submissão que cumpre ordens e auxilia, que "é quase médica e pode ajudar tanto quanto ele" e que, na verdade, tem na figura do médico, com sua função medicalizadora, o seu grande, total e absoluto referencial profissional. Em parte, os resultados encontrados não se constituem numa surpresa, na medida em que a função diagnóstica e curativa médica e a função assistencial da enfermeira apresentam-se às vezes paralelas, às vezes sobrepostas para o paciente. 0

que vale ressaltar é que quando há uma sobreposição das atividades cabe à enfermeira obedecer.

De maneira aparentemente contraditória, ainda no mesmo trabalho, aparece o discurso da enfermeira, que ao ser entrevistada sobre a questão do Poder do profissional médico sobre a enfermeira, diz: "Não admito isso de a enfermeira ser a auxiliar do médico; ele no lugar dele eu no meu".

Interessante observar a total discordância entre o depoimento dos pacientes (agente passivo) e o da enfermeira (agente ativo) quanto à autonomia profissional.

Aparece aqui, claramente, a existência de uma "resposta" que não é detectável na formalidade da entrevista e que vai estar intimamente relacionada com a percepção individual do que é Poder e da maneira como ele se exerce, entre outros fatores.

A formação profissional da enfermeira adquire um caráter oneroso para o Estado, a partir da constatação de que nem a longo prazo encontramos uma expressão qualitativa e quantitativamente suficiente deste profissional, a nível cultural, científico, político e social.

No contexto hospitalar a enfermeira é, segundo a opinião pública, um corpo ao mesmo tempo desfrutável e ameaçador. Seguidor das normas estabelecidas pelo sistema social, é paradoxalmente chien de garde do médico, e, principal ameaça ao Saber/Poder por ele estabelecido.

Ao executar suas atividades, a enfermeira reproduz o saber do médico (ao dar a medicação e demais cuidados)

e age como força repressora, em nome dele, se constituindo, mesmo inconscientemente, na própria Instituição, exercendo o Poder real de toda engrenagem.

"Pode-se dizer da enfermeira à semelhança do que disse FERREIRA<sup>7</sup> em relação à professora primária: a analogia entre as representações acerca dos papéis das enfermeiras e dos papéis maternos reflete-se na concepção da enfermagem 'como espécie de extensão profissionalizada dos papéis maternos'. O doente é percebido, da mesma forma que os imaturos, como um ser fraco e necessitando de apoio, carinho e compreensão."<sup>8</sup>

"Como mulheres desempenhando papéis femininos, as enfermeiras entram na situação de trabalho já com posição definida de 'submissão' em relação aos grupos masculinos com os quais interagem. A escolaridade inferior (em anos) à dos médicos reafirma esta situação submissa, a que acresce o confronto Enfermagem versus Medicina, concebida a primeira como profissão paramédica e auxiliar da segunda".<sup>9</sup>

Na tentativa de apreender as causas que poderiam contribuir para a submissão da enfermeira ao discurso médico e entendendo que Poder ou relações de poder dizem respeito não às relações interpessoais, mas a relações sociais, cuja análise não pode ser feita fora do todo social onde se travam,<sup>10</sup> achamos por bem refletir um pouco mais, em relação a uma delas: a questão institucional, onde a disputa pelo Poder torna-se bem clara. A Instituição hospitalar, palco bastante hierarquizado e freqüentado pela enfermeira, apresenta

um jogo de cartas marcadas onde a palavra da enfermeira, ainda bem discreta, não conseguiu chamar a atenção dos raros sociólogos que se interessem pelo estudo da famosa "equipe de saúde", em sua origem, constituição e destino. Para essa falta de interesse, há pelo menos uma razão evidente: "Na organização de um hospital, de uma clínica, de uma casa de repouso, a autonomia decisória da enfermeira é reduzida. Ela pode alertar o médico quando uma reação do paciente não lhe parece corresponder ao diagnóstico formulado pelo clínico. No entanto, não é ela que faz o diagnóstico e só tem uma chance míni ma de levar à alteração de um diagnóstico estabelecido pelo conselho médico. Ela executa os tratamentos prescritos. Contudo, também aí é o conselho médico que fixa a terapêutica, decide as modalidades de aplicação da estratégia adotada e aprecia os seus efeitos. É ele finalmente que modifica o seu curso no decorrer do tratamento. À primeira vista, a enfermeira, simples executora das ordens recebidas, é reduzida ao nível de auxiliar."<sup>11</sup> Tomamos a liberdade de transcrever este trecho do livro Os Vivos e a Morte, de Jean Ziegler, pela propriedade com que ele consegue sintetizar a "guerrilha" travada pelas enfermeiras no hospital, local onde elas se constituem, juntamente com outros grupos minoritários, os denominados erroneamente de paramédicos, em outras vozes que tentam se fazer ouvir, além do discurso médico.

Profissão predominantemente feminina, cujo contingente provém de modo geral de extratos médios da população em busca de ascensão sócio-econômica a curto prazo, a enferma-

gem, enquanto categoria, parece facilmente se caracterizar como classe minoritária e com idéias que reproduzem a ideologia dominante.

FERREIRA-SANTOS<sup>12</sup> diz que "a enfermagem como uma carreira é vista, pelos segmentos da sociedade interessados nos problemas da saúde, como uma ocupação que requer treinamento especializado e prolongado. Seus profissionais, como os demais profissionais de formação científica, devem ser racionalistas e universalistas, devem ter funcionalidade específica, dando-se ênfase ao desempenho. Quanto à maneira de encarar o objeto, a enfermagem deve ser: universalista, atributiva, funcionalmente específica, afetivamente neutra e de orientação coletiva."

Entretanto, a população mais geral, segundo ALCÂNTARA in FERREIRA-SANTOS<sup>13</sup>, aponta como características psíquicas da enfermeira meiguice, carinho, paciência, piedade, abnegação, caridade e alguns atributos que identificam o trabalho de enfermagem ao papel materno. "Quanto à natureza, ele foi identificado como trabalho missionário de religiosas, heróico e de sacrifício. A posição da dependência feminina em relação aos papéis masculinos está presente nos estereótipos de subordinação da profissão aos papéis dos médicos: obediência, submissão."<sup>14</sup>

### O Nascimento da Enfermagem

Há que se tentar uma revisão histórica da enfermagem já que, segundo PAIXÃO<sup>15</sup>, "há no trabalho da enfermeira três elementos principais, considerados básicos em nossos dias: o espírito de serviço (ou ideal), habilidade (arte) e a ciência."

"O entrelaçamento desses três elementos não se faz sempre de modo harmonioso. A religião, os costumes, a condição social da mulher, muitas vezes influiram desigualmente, de tal modo que podemos ver épocas de grande dedicação e baixo nível científico, enquanto em outros períodos, de maior conhecimento, a enfermagem decai, pela deficiência de elementos de elevado padrão moral".<sup>16</sup>

Esta constatação pode ser feita ao analisarmos a própria história da Enfermagem. "A execução dos trabalhos a ela relativos vem sendo feita desde o início da Era Cristã por religiosas, viúvas, virgens e nobres".<sup>17</sup> Apresenta, no entanto, uma quebra importante no nível do "padrão moral" na época da Reforma Protestante. Opondo-se ao desenvolvimento florescente da medicina no final da Idade Média, a enfermagem passa então a contar com prostitutas para o trabalho nos Hospitais.

Concordamos, entretanto, com GERMANO quando diz que "a enfermagem moderna nasceu, inequivocamente, ligada à guerra".<sup>18</sup> Florence Nightingale, marco na história da enfermagem "obteve projeção a partir da Guerra da Criméia, em que a Inglaterra e a França defenderam a integridade do Império Otomano contra a invasão russa".<sup>19</sup>

No mesmo século, no Brasil, projeta-se Ana Neri,

"o símbolo máximo da enfermagem no Brasil, a chamada Mãe dos Brasileiros, que destacou-se nos serviços que prestou aos soldados brasileiros durante a Guerra do Paraguai".<sup>20</sup> Ressaltamos também, com GERMANO<sup>21</sup>, que ambas as batalhas foram cenário para o aparecimento de uma profissão nova, foram lutas de dominação e opressão, cujas histórias reais diferem muito das versões oficiais tornadas públicas, e nas quais a enfermeira, símbolo da abnegação, da dedicação e da obediência, posicionou-se sempre ao lado dos dominadores.

Com efeito, em 1854, Florence Nightingale, como voluntária na Guerra da Criméia, organizou com mais 38 voluntárias um hospital de 4.000 soldados internos, tendo baixado neste local a mortalidade de 40% para 2%. Com o prêmio recebido do governo inglês por seu trabalho, fundou a primeira escola de Enfermagem, no Hospital São Tomás, em Londres, a 9 de julho de 1860.<sup>22</sup>

Achamos importante recuperar um pouco a questão da importância e do valor (inclusive econômico) da vida humana nesta época e da repercussão econômica para o Estado da perda de soldados nos campos de batalha.

Vale ressaltar que o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção que data do séc. XVIII. O personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E a equipe hospitalar não era fundamentalmente destinada a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua salvação espiritual.<sup>23</sup>

Entretanto, com a mudança na composição dos exér-

citos militares, até então formados por desempregados e vagabundos, "com o surgimento do fuzil no final do século XVII, o exército torna-se mais técnico, sutil e custoso. Para se aprender a manejar um fuzil, será preciso exercício, manobra, adestramento. É assim que o preço de um soldado ultrapassará o preço de uma simples mão-de-obra e o custo do exército tornar-se-á um importante capítulo orçamentário de todos os países".<sup>24</sup>

Desta forma, tornou-se fundamental controlar entre outros fatores a grande taxa de mortalidade principalmente nos Hospitais militares. Para tanto era preciso que esta equipe fosse treinada. O aparecimento da enfermagem como profissão tornou-se uma consequência natural. As guerras eram várias e era necessário que um soldado morresse em plena forma, no campo de batalha e não no hospital. "Até o século XVIII, quem ali detinha o poder (no hospital) era o pessoal religioso, raramente leigo, destinado a assegurar a vida cotidiana do hospital, a salvação e a assistência alimentar das pessoas internadas".<sup>25</sup>

A assistência que se dava aos doentes no hospital era raramente terapêutica do ponto de vista medicamentoso, sobretudo pelo pequeno número de medicamentos de que se dispunha.

Cabia, pois, à equipe hospitalar instalada controlar a situação. A Enfermeira tinha então assegurada a possibilidade de seu aparecimento formal dentro do hospital.

### A Enfermagem no Brasil

Embora semelhante em alguns traços gerais à História da Enfermagem Mundial, a História da Enfermagem Brasileira tem algumas peculiaridades que podem esclarecer a orientação por ela tomada e seu papel subordinado em relação à Medicina.

Em estudos sobre a Associação Brasileira de Enfermagem, CARVALHO<sup>26</sup> diz que a origem desta Associação está intimamente ligada à Escola de Enfermagem Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro, a qual foi criada em 1922 e regulamentada em 1923, em regime de subordinação ao Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) do então Ministério da Justiça e Negócios Interiores (interessante notar a filiação).\*

MACHADO<sup>27</sup> nos mostra como se constituiu a "arte de curar" no Brasil colônia.

\* O início do século XX, alvorecer da República, é o cenário muitas vezes violento de transformações político-sociais: ascensão das oligarquias agro-exportadoras dos estados, ao poder central, presença de uma força urbana de trabalho de densidade considerável que se segue à mudança das relações sociais de produção do final do século XIX, movimentos sociais operários e presenças constantemente agressivas.

Estas transformações exprimem a seu nível específico — socio-político — a crescente industrialização nos grandes centros urbanos, no Rio e predominantemente em São Paulo (sobretudo depois dos anos 20). Exprimem por outro lado o impacto que tais mudanças introduzirão na vida das camadas populacionais nela atuantes. A formação de favelas, cortiços, vilas operárias, confirma cada vez mais o espaço urbano como espaço social, espaço político, isto é, desenhado pela lógica da hierarquia social. Sujeito, portanto, à organização e ao controle político, isto é, à instituição da Ordem.<sup>28</sup>

Do século XVI ao século XVIII, a Fisicatura, o Proto-Medicato e posteriormente as Ordenações Filipinas foram as instituições que estabeleciam o atendimento às doenças da população da colônia.<sup>29</sup> Até o estabelecimento, no final do século XIX, de hospitais militares, há carência ou quase inexistência de médicos, que de um modo geral não querem vir para a colônia.

Há poucas vantagens profissionais, desconhecimento da flora local e distanciamento dos remédios europeus. A figura do médico, quando existe, está ligada a um cargo que ocupa, como pertencente à administração colonial, de quem recebe salários e obrigações específicas. Entretanto, formas alternativas de cura são utilizadas, como o índio, o negro, os jesuítas e o próprio fazendeiro.

A Fisicatura é o lugar político que regula o modelo médico português transferido para o Brasil: cabe ao Físico-Mor o controle da medicina e ao Cirurgião-Mor poder similar, em relação à cirurgia. A Fisicatura não tem nenhuma relação com a higiene pública. É um órgão de tipo corporativo encarregado de fiscalizar o exercício das profissões médicas: de ação limitada ao interior da própria medicina e assim mesmo de tipo jurídico e primitivo.

Em 1604, com as Ordenações Filipinas que regiam todas as Câmaras Municipais, a relação entre saúde e sociedade apresenta como fio condutor da análise, o tema da sujeira e o correlato encargo de velar pela limpeza da cidade, fisca-

lizar o comércio de alimentos e também o próprio exercício da profissão médica.

Não encontramos até então nenhuma referência ao exercício da enfermagem como profissão, a qual só vai aparecer no Brasil com a construção das Casas de Misericórdia, onde a assistência prestada aos doentes vai ser realizada basicamente por religiosos.

Podemos começar a considerar o nascimento da Enfermagem no Brasil com a fundação, por José de Anchieta, da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro; além do auxílio de voluntários, os religiosos utilizavam os serviços de escravos.

No hospital da colônia (Santa Casa do Rio de Janeiro, começo do séc. XVIII) não havia uma assistência médica contínua e a ausência de medicalização que se evidencia no reduzido número de médicos e cirurgiões comparado à equipe hospitalar, que era 1 cirurgião, 1 enfermeiro, 1 ajudante e 2 escravos para, aproximadamente, 250 doentes. A assistência aos enfermos é tarefa de religiosos e são eles os enfermeiros<sup>29</sup> dos hospitais.

No mesmo hospital na Bahia, no séc. XVIII, são adicionadas acomodações destinadas aos loucos, onde se acomodavam também, na mesma inferioridade social, os carregadores de caixões de defunto. As necessidades de ordem médica ou de cura não presidiam a organização do espaço hospitalar que era regido por imposições administrativas, às vezes religiosas, quando nos hospitais construídos por donativos toda sua arqui-

tetura interna respondia à necessidade de visualização do altar, por todos os doentes.

Mais permanentes que os médicos no hospital eram os capelães, padres encarregados da assistência espiritual dos enfermos e da extrema-unção.

Até aqui o médico não conjuga sua prática à prática hospitalar, entregue ao pessoal religioso e administrativo.

Também os forasteiros, soldados e marinheiros são internados nos hospitais da Misericórdia, constituindo os soldados pobres, o maior número de enfermos assistidos pelos hospitais.

A partir da incapacidade patente das Casas de Misericórdia em assistir ao soldado enfermo ou ferido, começo-se a questionar a necessidade de hospitais destinados a soldados, de modo a que não se prejudique os interesses financeiros e militares da Coroa.

Visto como local de propagação da Morte o hospital ameaça a conservação da tropa e a defesa do Rio de Janeiro.<sup>30</sup>

Em 1890 foram tomadas as primeiras providências para sistematizar o preparo de pessoal para o cuidado dos doentes, quando o Hospício Pedro II, construído na Chácara Praia Vermelha, deixou de ser dirigido pela Irmandade da Santa Ca-sa de Misericórdia, passando para um controle direto do Governo, cujos responsáveis resolveram criar uma Escola Profissional de enfermeiras nos moldes da existente em Salpetriêre na

França, com duração de dois anos.

A finalidade deste curso era de preparar enfermeiras para trabalhar nos hospícios e hospitais civis e militares. O conteúdo ministrado era de noções práticas de propedêutica clínica, anatomia, psicologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos, aplicações balneoterápicas, noções gerais de administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias. Como se pode comprovar facilmente, havia um enfoque básico de assistência secundária e terciária, com ênfase predominantemente hospitalar. O que taremos explicar em seguida é, porquê, 30 anos depois, seria fundada a Escola de Enfermagem Ana Neri, considerada Escola modelo do Brasil, com assistência predominantemente primária e baseada em atividades de Saúde Pública, inclusive com Visitadoras Sanitárias.

Sabemos que a enfermagem brasileira em geral e a Escola de Enfermagem Ana Néri, em particular, importaram o modelo da Enfermagem moderna de Florence Nightingale (1850) assimilado e adaptado pelos Estados Unidos e que, sob subvenção da Fundação Rockefeller e a pedido de Carlos Chagas, então Di-retor da D.N.S.P., mandou vir para o Rio de Janeiro algumas enfermeiras americanas para estudar a situação e elaborar propostas e sugestões para a formação de enfermeiras no Brasil.

Em 1916 já existia a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, que preparava socorristas voluntárias para situações de emergência. Entretanto, a mudan-

ça mais nítida no tipo de assistência prestada por estes enfermeiros vai acontecer em 1920, quando Amaury de Medeiros criou, na Escola da Cruz Vermelha, um curso para Visitadoras Sanitárias. E em torno deste início do século que determinantes sócio-políticos \* atuaram de maneira incontestável para mudar o tipo de enfermeira a ser formada no Brasil, de modo a atender às necessidades mais prementes de saúde coletiva do país. \*\*

"A importância crescente da cidade, como centro de comércio e de produção econômica e como sede do dispositivo central de poder político que intervêm em todos os níveis da vida social, implica a construção de um funcionamento ordenado dos núcleos urbanos, condição de possibilidade da transformação dos próprios indivíduos e materialização da exigência normalizadora da nova ordem social. Somente o olhar conhecedor e autoritário do médico e seus subordinados [grifo meu], percorrendo permanentemente a cidade, poderá detectar os locais de perigo atual ou virtual. Só assim a saúde pública capital para o bom funcionamento do Estado estará assegurada. A medicina é, portanto, fundamento racional de uma

\* "A educação sanitária que emerge nos anos 20 é parte integrante de uma nova concepção de serviços de saúde - a Saúde Pública. Até 1920, a estrutura sanitária brasileira era caracterizada pela criação de unidades especializadas para fazer face a problemas específicos". (RAMOS, 1973). A partir de 20, a estrutura sanitária norte-americana passa a influenciar decisivamente a estrutura sanitária brasileira.<sup>31</sup>

\*\* Para uma melhor compreensão da nítida aproximação entre saber médico e Estado (basicamente, seu poder), ver LUZ, MADEL T. Medicina e Ordem Política Brasileira.<sup>32</sup>

boa política de governo, o que significa que o tipo de poder que a caracteriza implica necessariamente uma medicalização da vida social. A prevenção médica é uma garantia da saúde e da segurança públicas".<sup>33</sup>

Em seguida, foi criada a inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, tornando-se necessária a existência de um serviço de enfermeiras em Saúde Pública.

Sendo nesta época Carlos Chagas Diretor do DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública), solicitou auxílio e cooperação do Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller, que enviou enfermeiras americanas para orientar a assistência a pacientes tratados nos dispensários de Tuber culose, e a formação de pessoal de saúde para auxiliar na solução dos problemas de saúde da população brasileira.

Com este movimento estavam lançadas as sementes para a criação da atual Escola de Enfermagem Ana Neri e, com ela, a enfermagem brasileira.\*

Vejamos como era a situação de saúde da população brasileira no início do século XX.

Com a projeção de uma elite dominante com ideais burgueses e a constituição de uma economia agro-comercial que procura viabilizar no país uma ordem social europeia e capitalista, o Brasil do século XIX importou do continente europeu as pautas da moralidade sanitária. A higiene visava, sobretudo, a regular as aglomerações operárias que se consti-

\* Ver WALESKA PAIXÃO in: A História da Enfermagem.<sup>34</sup>

tinham em focos de todas as rebeliões e epidemias que periodicamente assolavam as cidades: as epidemias de cólera, tifo, varíola, febre tifóide e de outras doenças devastadoras. Estas tinham como ponto de partida os bairros operários, mas atingiam também os bairros onde habitavam os setores dominantes da sociedade. No início, as campanhas sanitárias não se constituíram em esforços para curar ou assistir as classes menos favorecidas, na verdade elas encobriam o objetivo maior de evitar que as classes mais favorecidas adoecessem. "Os capitalistas não podem permitir impunemente a criação de condições epidêmicas na classe operária: o anjo exterminador é tão placável com eles como com os trabalhadores."<sup>35</sup>

Junto às tarefas de polícia sanitária da febre à marela, peste, varíola e tuberculose a higiene cumpriu a tarefa de normatização da arquitetura do espaço urbano e controle higiênico das camadas baixas da população. No Rio de Janeiro, em nome da higiene, houve expurgo, desapropriação e demolição de bairros pobres, com consequente aumento de aluguéis e acelerada ocupação de morros e subúrbios. A higiene trazia em si também um projeto político: eliminar definitivamente a convivência difícil para as moradias burguesas e as atividades comerciais, com os bairros pobres que ocupavam o centro da cidade na época. A higiene assumia para si a tarefa de arrumar a desorganização social e o mau funcionamento da sociedade como causas da doença; daí lhe cabia e à medicina refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais visando neutralizar todo o perigo possível.<sup>36</sup>

Os ideais de higiene foram influenciadores definitivos do regulamento sanitário de 1923, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, cuja legislação ampliou sensivelmente o espaço de atuação da higiene, que além da profilaxia das doenças transmissíveis e da sanidade dos portos tornou-se também responsável por:

- a) a educação sanitária da população, prevendo a divulgação da higiene pessoal e pública;
- b) a inspeção médica de imigrantes e de outros passageiros que se destinasse ao país;
- c) controle e confinamento sanitário de leprosos, tuberculosos e portadores de doenças venéreas;
- d) o problema de habitação popular;
- e) cuidados com os problemas da saúde infantil, o trabalho de criança e da mulher gestante."<sup>37</sup>

Dessa forma, a força ascendente da ideologia burguesa, a criação do DNSP com a legislação que ampliava o seu campo de atuação, o incremento da política eugenista, a violência das campanhas de Saúde Pública e "a importância crescente da cidade como centro de comércio e de produção econômica e como sede do dispositivo central de poder político intervêm em todos os níveis da vida social, implicando a construção de um pescionamento ordenado dos núcleos urbanos, condição de possibilidade da transformação dos próprios indivíduos e materialização da exigência normalizadora da nova ordem social".<sup>38</sup> Todos estes ingredientes necessitavam de uma ligação concretizasse a proposta de normalização da vida urbana,

um elemento viabilizador, um personagem do "grupo de saúde", que passasse para a população a sensação de estar sendo atendida, assistida, em vez de violentada. Em suma, que atendesse aos anseios comentados por ALCÂNTARA in FERREIRA-SANTOS<sup>39</sup> tais como meiguice, carinho, abnegação e paciência, e outros atributos que identificam o trabalho de enfermagem ao papel materno.

Acumulando em si, desde sua fundação em 1923, até 1970 aproximadamente (a Escola de Enfermagem Ana Néri) vários estereótipos, a enfermeira era antes de tudo, aos olhos do povo, a mãe, feminina, aquela que protege e nutre. A imagem e o trabalho manual da enfermeira viabilizaram todas as propostas. Desta forma não restava outra alternativa se não alterar completamente o tipo de formação da enfermeira brasileira: a ordem necessitava de enfermeiras de Saúde Pública e não mais de assistência hospitalar, conforme era "caracterizada até 1920 a estrutura sanitária brasileira, em que se criavam unidades especializadas para fazer face a problemas específicos."<sup>40</sup>

O aparecimento da enfermagem no Brasil, como Saber, não obedece a uma análise racionalista da ciência, a um desenvolvimento linear e contínuo a partir de origens que se perdem no tempo e são alimentadas pela interminável busca de precursores, pois a história deste Saber não é a história de seus precursores.<sup>41</sup>

Ao analisar as condições de possibilidades da enfermeira brasileira, tentamos articular os saberes com o ex-

tra-discursivo, isto é, seja com instituições como o hospital, a família e a escola, seja em um nível mais global, com as transformações político-sociais. Ensaiamos o estabelecimento de descontinuidades, explicando o aparecimento dos saberes a partir de condições de possibilidades externas aos próprios saberes, ou, mesmo que imanentes a eles, os situam como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica.<sup>42</sup>

Articulando o saber médico com as práticas e as políticas de saúde vigente, com as questões sócio-econômicas da época e a economia emergente, talvez seja possível mostrar como a enfermagem, em vez de ser quem libertou e estimulou a saúde da população, foi exatamente a marca da radicalização de um processo de dominação e de controle político da doença e do doente, que começou muito antes dela.

### 3. AS ENFERMEIRAS E A SUBMISSÃO INSTITUCIONAL

A enfermagem mundial atravessa no momento uma crise importante, principalmente no que se relaciona à redefinição dos papéis da enfermeira e sua participação na equipe de saúde, cujas relações entre seus integrantes vêm tomando um caráter diferente, "passando de uma situação de hierarquia a outra, de co-responsabilidade, com a adoção do conceito de liderança emergente." <sup>43</sup>

Será necessário um esforço conjunto das enfermeiras para tentar superar a situação de dominação que a instituição hospitalar presentemente tem como realidade e que parece contribuir grandemente para que esta relação de dominação permaneça inalterada. Sabendo que um grande número de enfermeiras exerce suas funções em hospitais, entendemos que as reflexões que o presente estudo venha a suscitar serão extremamente pertinentes a esta discussão.

Tratando-se de um estudo que visa a compreender a Enfermagem como prática social, portanto inserida num contexto político e ideológico mais amplo, estaremos indo ao encontro da constatação que faz ALMEIDA<sup>44</sup>, ao nos dizer que, embora na atualidade, as enfermeiras se façam vários questionamentos a respeito de seu objeto de trabalho, do seu espaço na estrutura de saúde, das funções a serem desempenhadas, quais as relações desta prática com as práticas de saúde, com a estrutura produtiva e com as instâncias políticas, a profissão como prática social não tem sido objeto de estudo.<sup>45</sup>

Ainda segundo ALMEIDA<sup>45</sup>, encontramos a respeito da produção científica dos cursos de Mestrado em Enfermagem

a seguinte situação:

"No total geral a maioria das 117 teses (44,48) corresponde à área de assistência, seguida da área biológica (20,6%) e, em terceiro lugar, a de Administração em Enfermagem."

Pode-se dizer que a produção do conhecimento da enfermagem até o momento tem estado centrada nos aspectos internos da prática, enquanto prática técnica. Esta tendência mostra uma preocupação com a definição e aproximação de seu objeto de trabalho. Um dos pontos que se discute é por que estes trabalhos pouco têm contribuído para uma transformação efetiva da prática de enfermagem? E estes porquês só podem ser compreendidos com uma visão globalizante da profissão como prática social, que se relaciona com as demais práticas sociais na estrutura sócio-econômica e política do país."<sup>46</sup>

Em levantamento realizado junto às publicações do Centro de Pesquisa em Enfermagem (CEPEN), encontramos raras teses de Mestrado / Doutorado questionadoras da prática da enfermagem.

Qual é o véu que recobre a prática das enfermeiras? Mesmo com uma percepção de sensação "incômoda" diante da dominação, ensaiando uma fraca reação, a teia social não lhes permite distinguir o adversário e nem reconhecer as armas?

Como entender o papel institucional da enfermeira sem perceber que a submissão é o véu que recobre esta prática? Assim sendo, entendemos estar plenamente justificada a nossa escolha quanto ao objeto de estudo.

#### 4. O MÉTODO DE TRABALHO

##### Os Resultados da Pesquisa de Campo: a Enquete e a Observação Participante

Nosso trabalho é basicamente de natureza qualitativa, baseado numa pesquisa de campo, consistindo num estudo de caso que contou com duas técnicas de trabalho: entrevistas com roteiro e perguntas abertas em gravação, e observação participante com um diário de campo.

O local escolhido foi o Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um Hospital no Rio de Janeiro e a razão da escolha é baseada em dois tópicos fundamentais: primeiro, porque o CTI, no caso escolhido, se constitui num local estratégico para o estudo das relações entre médicos e enfermeiras, por concentrar um número grande de enfermeiras, um total de 36, e por ser um local que, à época do trabalho de campo, não escalava outros profissionais de enfermagem para a assistência ao paciente. Em segundo lugar, porque o Centro de Tratamento Intensivo está obrigatoriamente dentro de um hospital, o que se constituía em uma das condições iniciais para o trabalho. Interessavam-nos as relações institucionais desenvolvidas dentro do hospital entre médicos e enfermeiras.

Ao contactarmos as enfermeiras do setor, vimos que o nosso universo passava para um total de 30 enfermeiras, uma vez que algumas delas comparecem ao hospital apenas para assinar a frequência ao término do mês, pagando outras colegas para cobrirem o seu horário, conforme detalharemos ao apresentar os resultados colhidos durante as entrevistas.

Com um universo real de 30 enfermeiras, realizamos entrevista com 26 delas, perfazendo um total de aproximadamente 80% do universo.

As entrevistas foram realizadas no período de 17 de agosto a 16 de dezembro de 1983, todas baseadas em roteiro de entrevista. Inicialmente o registro foi feito apenas por anotação, mas, devido à pobreza do conteúdo anotado e ao tempo excessivo gasto com cada enfermeira, optamos por gravar as entrevistas, que duraram em média 60 minutos.

A parte inicial das mesmas, concernentes às questões relativas aos dados de identificação pessoal, foi anotada sem gravação. Foi colocada à disposição da autora a sala da chefia Médica do setor, para as gravações realizadas com o pessoal que trabalha no horário da noite, de 19 às 7 horas, havendo sempre a maior boa-vontade possível da parte de todos em colaborar com a entrevista.

As entrevistas foram todas realizadas pela própria autora, sendo que para a transcrição de algumas fitas contamos com o apoio de dois estudantes, remunerados para este fim. As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando-se nelas o anonimato.

A observação participante sucedeu à realização das entrevistas e perfez um total de 16 horas e meia, cobrindo o horário de 6:30 às 21:30 da noite.

Entendemos que face ao nosso objeto, estudo de relações (de poder) institucional, seria necessário ouvir as enfermeiras com prática na instituição hospitalar, acatando que as relações interpessoais não se produzem entre desconhecidos que se encontram num deserto: elas se desenvolvem dentro dos contextos sociológicos e têm por categora as institui-

cões.

Desta forma, o hospital é o palco ideal de re presentação destas relações e consequentemente o local es tratégico para a percepção desta representação.

A opção qualitativa como técnica de trabalho e o uso da entrevista com roteiro foram escolhidos no sentido de deixar o entrevistado falar livremente sobre o que lhe é perguntado, com a vantagem de que, estando obrigatoriamente presente, o entrevistador poderá adaptar a pergunta à situação.

#### Os resultados da Pesquisa de Campo:

##### A enquete e a observação participante

Os resultados aqui descritos são o produto de uma enquete realizada com as enfermeiras de um Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um hospital do Rio de Janeiro.

O local escolhido foi um CTI por constituir-se o CTI num campo estratégico para o estudo das relações médico/enfermeira. Com efeito, no local escolhido, existiam apenas estes dois tipos de profissionais prestando assistência ao doente. Sabemos que a profissão de enfermagem congrega dentes, auxiliares e técnicos, além da enfermeira, todos com variados níveis de formação científica e com áreas de atuação nem sempre claramente delineadas nem para os médicos, nem para os próprios profissionais em questão e nem para o paciente. Por ser um local que emprega apenas médicos e enfermeiras, o CTI superava esta questão. Dizemos superava porque ao lon-

go do desenvolvimento deste estudo, após o término do trabalho de campo, houve uma mudança na estrutura do CTI. Algumas enfermeiras foram transferidas para outros setores do Hospital e alguns auxiliares de enfermagem foram admitidos no Setor.

Na escala de serviço do CTI estavam lotadas trinta e seis enfermeiras, mas, em realidade, elas são apenas trinta, através de uma prática oficiosa em quase todos os hospitais, onde as enfermeiras podem fazer os plantões de outra enfermeira, as quais podem estar lotadas no mesmo setor ou não. No caso do CTI, existem seis enfermeiras que apenas assinam a freqüência ao final do mês e que têm seus plantões executados por outras, evidentemente remuneradas. Essa prática, embora comum, não é oficialmente permitida e em alguns hospitais é proibida.

De um universo de trinta, realizamos entrevista com vinte e seis enfermeiras, perfazendo um total de aproximadamente 86%. O universo não foi totalmente atingido por situação de férias e dificuldade horária das entrevistadas.

#### Estrutura Geral da Categoria

A enquete não teve por objetivo estabelecer generalizações sobre uma categoria, mas, complementada por uma observação participante, propôs-se a exprimir e a ilustrar a realidade das relações médico/enfermeira dentro de uma instituição hospitalar.

E, portanto, um estudo qualitativo, em que os da

dos percentuais e quantitativos têm mais finalidade ilustrativa do que conclusiva em relação à totalidade do universo das enfermeiras hospitalares do Brasil ou mesmo do Rio de Janeiro.

Sabemos, entretanto, que a grande homogeneidade do universo estudado nos garante não só a representatividade do caso analisado como sua inteira fidedignidade às relações de poder institucional que existem entre o saber médico (conduzido pelos médicos) e as enfermeiras.

#### O Perfil da Enfermeira em relação aos dados pessoais

O grupo em estudo é constituído em sua maioria por mulheres jovens, predominantemente na faixa de 30 a 35 anos de idade (Tabela I), casadas (Tabela II) e que residem ou residiram na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro (Tabela II).

Uma pequena minoria das entrevistadas já residiu na Zona Sul da cidade, em bairros tais como Glória, Flamengo, Laranjeiras, Jardim Botânico e Copacabana.

As enfermeiras não moram sozinhas ou com amigas/amigos. A situação encontrada é a de moradia com marido e filhos, com a própria família constituída no casamento. Algumas até mesmo dividem essa moradia também com outros familiares, não constituídos pelo casamento (família de origem - Ver Tabela III).

Para as enfermeiras o salário significa a própria sobrevivência (Tabela IV). Ele entra na composição e-

conômica da casa, às vezes de forma vital, e sempre como uma contribuição muito importante, cuja ausência será sentida até mesmo pelos pais desses profissionais, que também têm no salário da filha uma ajuda para o seu sustento.

"Sou casado. Moro com minha esposa e uma filha. O salário é para nós e um pouco para minha mãe."

"Sou casada, tenho dois filhos, e moro com eles e meu marido que é motorista de táxi. Só tem diferença, se eu parar de trabalhar!"

"Solteira, moro com um tio, mais dois irmãos, mais um cunhado, mais um sobrinho. Se parar de trabalhar faz diferença, e como!"

As enfermeiras dedicam-se quase que exclusivamente à enfermagem, como atividade de vida, sendo muito raras outras participações (Tabela V). Quando elas têm outras atividades, geralmente essas atividades se constituem em cursos pré-vestibulares ou mesmo na realização de outros cursos de graduação. Tais cursos podem ser tanto na área de saúde como fora dela. Mas sempre as atividades extra-enfermagem estão ligadas a trabalho ou a estudo.

"No momento, faço curso pré-vestibular para Odontologia. Perdida no tempo e no espaço, mas estou fazendo."

"Não faço nada, além da Enfermagem."

"Curso Medicina, último período."

A opção pela profissão é direcionada por algum interesse econômico (Tabela VI), seja na melhoria salarial, seja na ascensão profissional, ou na aquisição de status a média na ascensão profissional, ou na aquisição de status a médio prazo. No entanto, ainda aparece um pequeno número de enfermeiras que optam pela enfermagem como sendo aquela profissão com que se sonhou desde a infância (Tabela VI).

"Porque eu desde mocinha sempre tive vontade de fazer Enfermagem."

"Desde criança tinha vontade. Aí depois acabei fazendo. Tipo um sonho: sonho besta, né?"

"Queria sair de casa, vir para o Rio (natural de Sergipe). Para estudar tinha que ter casa para ficar e eu não queria ficar na casa de ninguém e enfermagem me dava internato. Só podia sair de casa se fosse para estudar."

"Pelas necessidades econômicas e financeiras, eu resolvi ser porque, geralmente, no tempo que eu fiz Enfermagem, quando terminava-se o curso, já se saía empregada, né, praticamente. Então, como necessitava mesmo de trabalhar - eu não tinha outros recursos - aí eu resolvi ser enfermeira."

"Precisava trabalhar e ganhar dinheiro. Tinha feito curso de Auxiliar que me dava possibilidade de trabalhar

"logo, com emprego. Não sabia se eu tinha desejo ou vocação."

#### A Formação da Enfermeira

As enfermeiras provêm, na sua maioria, da rede pública de ensino, do primário ao terceiro grau (Tabela VII). Avaliam os cursos de pós-graduação como muito importantes para a formação da enfermeira, embora um pequeno número (Tabelas VIII e IX) tenha realizado algum curso de pós-graduação, e apenas no lato sensu, pois não foi encontrada nenhuma enfermeira com curso de pós-graduação no sentido estrito. Diante da contradição explícita de avaliar importante um curso e não fazê-lo, as enfermeiras explicam o porquê desta dificuldade, ao longo de muitas "faltas": falta de tempo para estudar, pois a maioria tem mais de um emprego, falta de dinheiro para o curso, pois mesmo trabalhando muito são mal remuneradas, falta de estímulo, pois para o INAMPS, seu grande empregador, os títulos de pós-graduação não implicam nem em promoção nem em melhoria salarial. Na verdade, tanto faz, e nesta indiferença, as enfermeiras nada fazem. Algumas dizem também que não fazem pós-graduação por comodismo, ou mesmo porque esses cursos contribuem muito pouco para aprimorar os conhecimentos do profissional que trabalha na assistência ao cliente. São mais indicados para aqueles que são docentes.

"Eu acho que a maioria não faz por acomodação. As pessoas se acomodam, tem dois, três empregos, se acomodam pelo salário, não conseguem viver com menos, então não consegue fazer o curso, outros cursos."

"A primeira coisa é que você vê que a maior parte dos que não fazem são aqueles que estão na área hospitalar, né? A primeira coisa que ele pensa na hora de fazer um curso é gastar mais dois, três ou quatro anos, a primeira coisa que ele pensa é que ele vai perder tempo — perder tempo não — vai gastar tempo, que ele não consegue sempre perder tempo, ele vai gastar tempo, vai gastar dinheiro, que já é pouco e relativamente, em termos da carreira, dentro da Rede Hospitalar, não vai adiantar de nada."

"Não adianta nada (para o INAMPS) se ela tem Dou torado ou não, não faz nenhuma diferença, ela não vai exercer ... de jeito nenhum, não tem validade nenhuma. Os enfermeiros não fazem acho que por acomodação e por dificuldade que têm, porque você vê, quase todo enfermeiro tem dois ou três empregos. Para você fazer esse curso tem de ter liberdade, tem de ter tempo disponível que você não tem... salário, um emprego não dá, não há condições..."

"Eu acho que expande mais o seu horizonte, você tem condições de ampliar mais até dentro da Enfermagem, através desses cursos, mas não que sejam específicos para melhorar a assistência."

"Importantes desde que a pessoa tenha idealismo ... eu acho que você nunca deixa de ser enfermeira simplesmente. Você pode ter licenciatura, mestrado ou doutorado, a ma-

neira como te tratam, como te encaram no campo de trabalho... é sempre a mesma, você é enfermeira."

"Poucos fazem porque são caros, exigem muito tempo ou o dia todo ou à noite. A enfermagem ganha pouco, com dois ou três empregos não tem tempo para fazer quando é formado há mais tempo e tem alguma estabilidade de renda. Ninguém vai largar um emprego para fazer mestrado... Para o INAMPS, Estado e Município, o mestrado não adianta para nada... Ajuda a parte de aula. Para o doente de cabeceira, não adianta nada."

A Universidade é vivida como uma experiência um pouco traumática e frustrante. A influência dos professores, boa para alguns, é negativa para outros. Os professores, especificamente, as enfermeiras professoras, são analisadas como extremamente repressoras, inseguras e com pouca experiência de assistência. A universidade, em que o aprendizado fica aquém do esperado e onde o aluno se sente humilhado em algumas situações, com vergonha de cumprir algumas tarefas pedidas durante o curso de graduação, é vista com decepção. Apesar disso, as enfermeiras afirmam que a passagem pela Universidade as fez "crescer como pessoas".

"Não tinha idéia antes. Eu gosto de ser enfermeira, para mim foi muito bom, eu não sabia nada, embora a gente trabalhe muito e ganhe pouco. Não me sinto uma Florence, nem quero ser, porque o padrão dela está superado. Tudo para o paciente não, a enfermeira tem que estar bem, para que

*ela possa dar algo de bom para o paciente. Se eu estivesse melhor, estudar mais, não trabalhar tanto, ganhar melhor, eu seria melhor enfermeira. Enfermeira é uma profissão como outra qualquer. Ser enfermeira me fez mais tolerante, menos egoísta, agora consigo ver os outros e não sou o centro do Universo. O que me decepcionou é que a gente trabalha muito e tem poucos direitos, não sei se porque eu sou uma enfermeira do Serviço Público, que reivindica e não chega lá. Se fôssemos mais unidos, mais coesos, estariamos melhor, porque o grupo é grande."*

*"Alguns professores me influenciaram para o bem e para o mal. O professor de enfermagem é cobrado pela Instuição a anular o aluno. Tem de plasmar o reflexo de Pavlov, o aluno não pensa, primeiro o paciente, e para o enfermeiro nada. Alguns professores me deixaram isso, não preciso ser um robô."*

*"A maioria, quase que 80% das enfermeiras que nos davam aulas, eram péssimas enfermeiras. Talvez seja porque nós temos aquele conceito de polivalência, tá. Todos os enfermeiros podem ser polivalentes. Então acontece que nós não criamos nenhum professor é... nenhuma professora de enfermagem assim, é... especialista, ótima no assunto, sabe. Ela tem que deixar a desejar porque ela é polivalente, ela uma hora está dando aula de saúde pública, outra hora tá dando aula de médica cirúrgica, pólos totalmente opostos, tá."*

*"Uma influência negativa é eles darem pra gente uma visão totalmente irreal do que seria a Enfermagem. Do que seria você trabalhar como Enfermeira. Então muitos professores estão emitindo uma visão irreal, que talvez eles mesmos não soubessem da realidade. Talvez até hoje mesmo muitos não saibam. Não digo todos, mas alguns..."*

*"Parecia, a impressão que dava pra mim, é de que a maioria dos professores é... eles estavam seguros, sabe, na, na, na, ali na, na atividade que ele tinha... Parecia que... também um pouco perdido, sabe. E geralmente eles entravam junto ao aluno mais pra reprimir, mais pra podar as atitudes do que pra estimular, sabe."*

*"Mais decepcionada.*

*(- Por que?)*

*Porque a gente entra na escola, aí começam a tratar a gente como uma empregada doméstica, na escola mesmo. A gente lavava a cama... sabe... essas tarefas assim... Tinha professoras que até se trancavam no banheiro para lavar o banheiro quando achavam que estava sujo.*

*(- Como foi a influência dos professores?)*

*Eles foram muito... muito rígidos, sabe, muito com uma cabeça muito fechada. A gente não evoluiu nada na escola em termos de cabeça."*

"Eu peguei uma Escola Ortodoxa, que estava acostumada com o alunado feminino, e eu homem..."

(-O fato de ser homem atrapalhou você?)

Atrapalhou... Realmente me atrapalhou bastante, até mesmo em instalação! Eu peguei a Escola numa época onde não havia instalação adequada para o sexo masculino; o vestiário masculino era uma imundície, cheio de barata, rato, tudo, era um cubículo, um barraquinho que inventaram ali para fazer de vestiário masculino. O banheiro masculino, idem, no entanto, tinha o banheiro feminino, o vestiário feminino, o contrário."

"O básico achei ótimo! Deu para eu entrar empolgada, me sentir uma Universitária, aprender coisas novas, eu me senti como tal, a partir do momento que entra para o ciclo profissional a coisa começou a mudar. Eu achei um nível baixíssimo, desinteressante - o curso profissional, lá na Escola de Enfermagem - muita repressão, negócio imaturo demais.

(-Como imaturo?)

A maneira como elas nos preparam, nos conduzem para a vida. Eu acho o curso de enfermagem muito fraco, um curso profissional tão fraco, às vezes eu me pergunto para que horário integral? Sabe, não valeu. Eu acho que o curso profissional para mim não valeu; muito aquém das minhas expectativas. O que eu pensava piorou quando eu saí da Faculdade. (concorda que a influência dos profissionais é ruim, pela maneira tutelada com que elas tratam os alunos)."

"A gente se forma nas Universidades, com uma viagem totalmente errada, principalmente quanto a emprego. Você sai pensando que tem emprego aos montes ou subemprego. Você fica só na Faculdade e sai ganhando menos que um operário, que é o que se paga nas casas de Saúde Particulares. A menos que pinte um concurso do INAMPS. Os professores são os mais desinformados ainda. Ficam muito presos à parte didática e Congressos e distanciados da assistência, e passam um mundo maravilhoso, cheio de técnicas e material, e você encontra mesmo é dificuldade em encontrar emprego, quando tem, com baixo salário, muitas horas de trabalho e a parte de prática e material é tudo improvisado."

A experiência de ter sido um estudante de Enfermagem é muito forte nas suas vidas. Eles se sentem rigidamente cobrados. Em aparência pessoal, postura, disciplina e carga horária pesada. É como se a Faculdade de Enfermagem fosse um curso separado, muito fechado, diferente dos outros, o que dificulta ao estudante conviver com estudantes de outras áreas e sentir-se realmente dentro de uma Universidade. Embora algumas afirmem que não há distinção de tratamento entre os estudantes da área de saúde, notadamente enfermagem, nutrição, odontologia e medicina, que são os que mais convivem, outras dizem que os estudantes de enfermagem são tratados com um certo desdém pelos outros estudantes e pelos professores do curso básico. Para a enfermagem, de um modo geral os "professores" são monitores, o que na percepção do estudante significa uma

certa depreciação. Em seguida ao básico, o curso profissional é caracterizado como a "prova de fogo", onde o estudante já é avisado pelos colegas mais adiantados do que vai enfrentar e de que terá que aceitar as regras do jogo se quiser se formar. E de novo aparecem as referências aos professores, ao excesso de repressão, à disciplina rigorosa e às exigências rígidas, vividas pelos estudantes como desnecessárias para a sua formação.

"No ciclo básico é bastante miscigenado, então você começa a assumir uma mentalidade universitária, nesse ciclo básico. Então ali, você está com o pessoal de outras áreas e de outras carreiras, e você começa a absorver um pouco de cada um. De repente, você é desligado automaticamente - isso no caso da X, - Universidade X - você é desligado daquela coisa toda, não sei hoje como está. Você é desligado de tudo e vai para o Pavilhão de Aulas. No Pavilhão de Aulas você assume uma outra postura, uma outra conduta, você vem com uma idéia universitária e começa a ser tratado como aluno de até primário, às vezes até primário. No meu tempo era assim, a ponto de - são mágoas que você adquire eu já noivo da minha esposa, fui dar um beijinho, um beijo na minha esposa, na porta da Escola, discreto demais, beijo discreto, aquele beijo discreto, fui advertido verbalmente pela Diretora da Escola, por estar numa atitude indecorosa na porta da Escola. Um beijo... No entanto, a Escola se situava num local de baixo meretricio."

"Eu me sentia uma pessoa à parte, porque a minha Escola não se integrava com o resto da Universidade. Ficava aquela coisa fechada, a gente separada dos outros, com uma vida diferente dos outros. Os outros eram estudantes, se metiam no meio da farra e a gente não ia porque estava sempre fazendo plantão; sempre na Escola. Tinha que estar na Escola às sete horas, essas coisas assim."

"Só tinha Enfermagem e Médico, e então ficava a quele distanciamento né, se bem que a gente, eu sempre fui muito democrática, sempre me dei bem com todo mundo, mas existia essa diferença. E as instrutoras é que faziam isso... E, as Instrutoras, as Supervisoras, triste! As Supervisoras que nós tínhamos, que ficavam com aquele negócio de aluna não podiam conversar com Médico, com não sei quem, se não tava namorando, aquele vestido comprido ridículo, aquelas meias grandes até o meio da perna, aqueles sapatos que tinha que ser todo fechado, engomado."

"Nós tínhamos estágio lá no hospital, mas não tínhamos entrosamento nenhum com outra área. Nós acabávamos os estágios, víhamos embora, não conversávamos; nada, nada. Não podia fazer nada disso. Não iam, não namoravam. Não, era como Tom e Jerry. O cão e o rato. A enfermagem, a medicina, nutrição... era sempre aquela guerrinha. Nem com o serviço social. Nós não nos entrosávamos. Chegava lá, fazia o que tinha que fazer com o doente e ia embora pra casa. O tipo do negócio as-

*sim, não tinha intercâmbio nenhum. Eramos assim uns motorzinhos dentro do Hospital."*

*"Me formei em 1969. Aí fui me ajustando porque não queria voltar para casa. O primeiro ano foi muito difícil porque os professores castigavam a gente, primeiro com aquela humilhação da gente ter que lavar cama no meio da enfermaria (risos) com vassourinha, balde e outras coisas. Depois pegavam os piores doentes e davam para gente... o doente era uma cancerosa com câncer de intestino e o banho só era dado e feito o curativo pela gente. Na segunda-feira a gente chegava e (tapando o nariz)... difícil chegar perto da vozinha. Daí chegava em casa a gente não comia, todo mundo chorando pelos cantos... horrível! Convivia com todas as áreas e brigava um pouquinho mais com a medicina, mas esta briga eu acho que já era antiga, brigavam mesmo por tudo, acho que porque um achava que era melhor que o outro, brigava por tudo (risos)."*

*"Havia discriminação desde o básico, tá. Quando você tá numa aula de Anatomia, tá, que vê que todos os outros alunos tinham um professor com ultra-especialização e pra você, pra nós da Enfermagem de um modo geral, era dado na época por um monitor, e que a maior parte das aulas eram dadas por monitores, sabe, e... que quando algumas pessoas assim na ocasião tentavam retomar, eles diziam que a nível da Enfermagem era dado só o essencial porque não tinha muito sentido pra Enfermagem. E a gente chega na escola, a primeira coisa que*

*a gente tem que receber é um balde, uma bacia, um pedaço de pano, quer dizer, sabe, você tem que aceitar aquilo, ou quando a..., exista uma filosofia que não era dita assim abertamente, mas corria por "debaixo dos panos", né, é..., os... sempre os alunos dos anos anteriores corriam pra me dizer: olha, você tem que entrar no esquema porque isso aí é a prova de fogo; quem não passa... se vocês criarem caso aqui vocês não vão andar aqui dentro. Então eu percebi que realmente foi muito triste."*

*Na Faculdade de Enfermagem, o estudante não é majoritariamente um participante das atividades estudantis (Tabela X) e alguns dos motivos que o afastam das atividades estudantis parecem provir da sua própria condição de estudante de enfermagem: o período de aulas é todo em horário integral, o curso é puxado, com muitas disciplinas e, vale ressaltar, a Escola de Enfermagem não gosta do aluno que participa destas atividades. Alguns dos entrevistados chegam mesmo a afirmar que a liderança é um mal para o estudante de Enfermagem. Muitos ainda trabalham à noite durante o curso. São, geralmente, provenientes de uma classe média que, segundo eles, tem medo de política estudantil e que previne o filho para que não se envolva nisso. Moram longe e têm que sair correndo para não pegar um ônibus muito cheio. Tudo parece se sintetizar na afirmação de uma das nossas entrevistadas:*

*"Nunca fui ligada a isso, acho que minha vida sempre foi voltada mais para sobrevivência do que para terro-*

rista (risos). (-Você trabalhava?) Trabalhava, antes, quando eu entrei para a faculdade eu arrumei uma bolsa de trabalho, que aí eu tive que largar o emprego que eu tinha, que era integral, era comércio, e também não tinha como só ficar estudando, então arranjei uma bolsa de trabalho na Universidade. Aí, mais ou menos no quarto período da Escola, eu fui trabalhar numa clínica à noite, uma clínica ortopédica, então eu trabalhava de noite, doze por trinta e seis, e fazia horário integral na faculdade, então eu não tinha tempo pra pensar em DCE, UNE... Eu nem queria saber, eu queria mais acabar aquilo ali, já tinha uma ilusão enorme de que quando eu acabasse eu iria ter uma vida boa, nunca iria trabalhar à noite - eu trabalhava à noite essa época - e realmente foi só uma ilusão, pois estou até hoje trabalhando à noite."

"Desde o período em que nós entramos pra fazer a chamada introdução à ciência da enfermagem, a turma... com muita idéia de "eu sou universitário" e foi dito na Escola que universitário, isso eu me lembro muito bem disso porque foi dito por vários professores: vocês pensam que universitário é usar calça Lee e sentar no chão?! Universitário é uma coisa muito diferente! Então nos foi apresentando um perfil do Universitário. Então Universitário é aquela pessoa muito é... é... sisuda e tal, uma pessoa muito compenetrada... Mas esse compenetrada não era no sentido de que você ficasse calada, ou visse, fizesse um diagnóstico do que estava sendo dito, tá, e aquilo não correspondesse com a sua realidade você podia

rebater. Não, você tinha que ouvir, se te interessasse você aprovava, se não te interessasse, aí você ia se esquecendo. O que a gente estava interessado; era a melhor política, tá?"

"Não, porque eu nunca estive envolvida com o peso social desse grupo. Eu acho que a própria estrutura da Escola te leva a essa alienação.. Você quando chega no terceiro ou quarto período, você está mais madura em termos de Universidade, e é bem aí que você vai na Escola, se você está na Escola (referência à uma Escola de Enfermagem específica - observação minha) cercada de toda aquela repressão, você não tem tempo pra isso porque o horário é integral."

"Primeiro porque são uns estudantes medrosos de mais, sabe. O estudante de enfermagem é medroso porque a maioria deles são de uma classe média ou praticamente uma classe pobre, tá?, onde os pais da classe média e pobre colocam aqueles medos: se você participar na Universidade disso, você pode ser preso, não sei o que lá; tudo isso né? Então o estudante de Enfermagem é medroso né, porque você que dificilmente você tem gente de uma categoria mais superior na faculdade de enfermagem; a maioria são pessoas que não dá pra passar para medicina, então, passa para enfermagem. Se você pesquisa bem, a maioria tem pais que são operários mesmos."

"Participei e isto foi mal. Manifestar opinião atinge os pés de barro de alguns professores e ele reage de

*forma que é ruim para você."*

"*Não participam, olha, porque, vou te dizer um negócio, a maioria não é voltando para o ponto machista, a maioria ou é noiva ou é casada e a grande maioria, hoje em dia não, hoje eu não tô com muita idéia, eu tô até. Mas a maioria é mulher. A questão à parte. A postura da mulher nessa história.*"

"*Não, a Faculdade era tempo integral e já trabalhava como Técnico.*"

#### A Prática Profissional da Enfermeira

Metade das entrevistadas tem dois empregos e cerca de 1/5 delas tem três empregos. Vale lembrar que o contrato de trabalho para enfermeiro é de 40 horas semanais; portanto, quase 1/5 dos entrevistados trabalha 120 horas por semana (Tabela XI).

Não há nitidez nas opções, quando se questiona a respeito da experiência docente, no sentido de haver vontade em ser professora de Enfermagem (Tabela XII). Dentre as que gostariam de dar aula, mesmo assim, a vontade de ser professora é sempre associada com uma dificuldade presente ou futura: o medo, a dificuldade em se comunicar e enfrentar uma turma de alunos sentados, a insegurança quanto ao seu próprio conhecimento e a habilidade de passar isso para o aluno.

A maior parte, no entanto, é categórica: não gosta de dar aula (Tabela XII) porque não gosta do aluno, não se acha comunicativa e prefere cuidar do paciente. Sentimos, no decorrer desta parte da entrevista, que as enfermeiras param com bastante nitidez quem é enfermeira e cuida dos docentes de quem é enfermeira e dá aulas.

"*Eu gostaria muito de dar aula! Mas a timidez me impede. Eu fico uma pilha, a minha voz sai sabe lá como. Eu tinha que estar muito bem treinada, tinha que estar muito segura do que estou fazendo.*"

"- Você alguma vez deu aula?

*Não. Só na escola, né?*

- E como enfermeira?

*Não.*

- Gostaria de dar aula?

*Não.*

- Por que?

*Não gosto. Nunca quis, nunca me imaginei como professora. Não suporto a idéia. De jeito nenhum.*

- Por timidez?

*Pode ser também.*"

"- Você já deu aula?

*Não, não.*

- Você gostaria de dar aula?

*Olhe, eu dei aula sim, por exemplo quando eu estava fazendo Habilitação eu dei aula na Escola de Saúde do Exército, durante uns seis (6) meses. Mas era a nível técnico, a nível técnico. Era para formação de sargento.*

*-Você gostaria de dar aula na Universidade?*

*Não, não.*

*-Por que não?*

*Não, não gosto. Eu gosto mais de cuidar do paciente.*

*-Mas vocês aqui não dão aula prá interno e residente?*

*Olha, eu transo muito bem, eu... explico o que sei... eu falo... mas, dar aula, assim, não gosto."*

A produção científica é mínima e muito poucas já publicaram algum trabalho (Tabela XIII). A maioria absoluta nunca publicou nada, seja por desinteresse, por falta de tempo ou muito cansaço por ter mais de um emprego. As enfermeiras reclamam ajuda na metodologia científica para elaboração de um trabalho. Nas palavras de umas delas:

*"O que vai escrever não precisa me dizer, como é que vai escrever é que eu não sei."*

*"Eu acho um pouco de comodismo também, aí é uma questão também, como seria a da Especialização, mas falta de tempo também. É um pouco mais em relação ao comodismo. Tudo que basicamente ter falta de tempo. Para você se aprimorar*

*sempre consegue um tempinho. E também na questão de orientação, sabe? Como elaborar um trabalho, quais as fases, como você deveria se desempenhar melhor, sabe? Também nessa parte também, você se desestimula um pouco, por não ter assim muita orientação, e a quem procurar e que te oriente bem, sabe?"*

Passando o dia todo no hospital e muito absorvidas na execução de seu trabalho, não lhes sobra tempo para a pesquisa e a publicação.

A participação na vida associativa é baixa (Tabela XIV) e quase a metade das entrevistadas não participa e nem contribui nem para a ABEn\* nem para o COREN\*\* e nem para o Sindicato.

*"Não, nunca vou porque normalmente tenho muitas atividades com esses dois empregos, me absorvem muito, e a minha vida particular fica faltando tempo, então se eu tiver que optar entre uma Assembleia e às vezes deitar e dormir, porque eu dei plantão, eu tenho que optar por deitar e dormir, porque eu não aguento."*

*"-Você é inscrita na ABEn?*

*Olha que vergonha! Só quando quero ir para os Congressos, pago o ano todo. Eu acho que é um órgão que dia fazer muito mais coisa do que não faz."*

\* Associação Brasileira de Enfermagem

\*\* Conselho Regional de Enfermagem

"Nunca tive boa informação em relação à ABEn. Por que todo mundo diz que ela não faz nada (sorri); aí eu acho que só leva o dinheiro e pronto."

O menor grau de participação é no COREN, que é considerado um órgão muito fechado, onde poucos são convidados a ajudar e a participar. A menor contribuição é na ABEn, entidade cultural da classe, onde a maioria de 2/3 dos entrevistados (Tabela XIV) não contribui. Embora ainda 1/4 do total da amostra não seja sindicalizado, este é o local em que há maior participação. A maioria das enfermeiras é sindicalizada.

Os motivos alegados para esta situação são: a falta de dinheiro para tantas anuidades e o descrédito das enfermeiras para com o cumprimento dos propósitos destas entidades. Como se lê no depoimento de uma entrevistada:

"Só leva o dinheiro e pronto."

Também a participação nos Congressos de Enfermagem é baixa. Menos de 1/3 do total das enfermeiras (Tabela XV) já participou alguma vez e mais da metade do grupo nunca participou. Os motivos nem sempre são dependentes da vontade da enfermeira: as chefias dos hospitais nem sempre liberam para os Congressos que são fora do Rio de Janeiro. Não há como deixar o trabalho ou mesmo a família. Essa questão da família aparece aqui com destaque por se tratar de uma profissão eminentemente feminina. Falta dinheiro e falta estímulo, segundo as enfermeiras.

"Nunca participei em Congresso porque primeiro é oneroso e segundo, a não ser em pouco tempo do Hospital X, nunca fui bem quista pela chefia. Tudo que não presta eu faço e a chefia não gosta disso. Não sou de bajular chefe."

"Sempre que há um Congresso existe uma necessidade de uma liberação por parte da chefia, essas coisas todas, e normalmente são duas pessoas que eles podem liberar, mas aqui aparecem quarenta, sabe. Também pela dificuldade que havia, por exemplo, teve congresso em Santa Catarina, em Brasília, em Manaus, sabe, tudo muito longe e uma... com a minha realidade não dá pra ir. Nas ocasiões em que eles se realizam geralmente eu estou com a menor, nenhuma possibilidade de, aliás, em termos de ter dinheiro..."

"Não, eu não pude participar em Congressos por serem longe do Rio e eu não tinha condições de ir, pois tinha que trabalhar."

As entrevistadas mostram-se insatisfeitas (Tabela XVI) com a situação econômica. O salário é considerado humilhante. Ao final do ano de 1983, uma enfermeira, tendo dois empregos no INAMPS, 80 horas por semana, não chegava a ganhar trezentos mil cruzeiros por mês. Segundo um depoimento:

"É impossível vestir uma roupagem de profissional maravilhoso, de sacerdócio e ter carências pessoais."

Nesse aspecto não há perspectiva, porque o grupo

ainda não tem bem consciência de até onde pode ir. E não há reconhecimento.

"Você sofre com o doente, se liga a ele e você é vista como uma profissional que trabalha com papéis."

Na enfermagem ou se tem um ideal muito forte ou será uma desillusão tremenda. Mesmo assim, há depoimentos de satisfação econômica:

"Eu consegui muita coisa dentro da enfermagem, eu vim da miséria."

Entretanto, a realização profissional, no sentido da vivência pessoal, é um fato entre as enfermeiras. Mais da metade das entrevistadas sente-se realizada (Tabela XVII) no cuidado com o doente e diz gostar do que faz. As razões para a insatisfação profissional percorrem todos os níveis. A questão econômica é clara, pois o salário é baixíssimo, "trabalhar-se envolvendo as emoções e não há reconhecimento pessoal, profissional ou social". "Você dá tudo de si e quando o doente sai de alta, foi o médico que curou".

Não se ganha status pela Enfermagem:

"A população não sabe o que é a enfermeira. Para o povo, o enfermeiro é o sujeito mal vestido e sujinho dentro do Hospital. O branco sujo é o enfermeiro e o branco limpo é o doutor".

"Os médicos acham que a enfermeira é secretária ou mãe, qualquer coisa, menos uma profissional igual a elas."

Diante de todo este quadro, o grupo se dividiu ao responder se fariam enfermagem de novo. E não poderia ser diferente (Tabela XVIII). Os que fariam enfermagem de novo dizem que essa mágoa é só da boca para fora, e que se faz uma profissão para ganhar dinheiro e outra por amor. A Enfermagem se faz por amor.

Os motivos para não fazer, são a própria realidade da enfermagem nacional: um desgaste físico estúpido, remuneração baixa, carga horária excessiva e não reconhecimento da profissão.

#### As Relações Institucionais Enfermeira / Médico

A relação com os médicos é avaliada como boa pela maioria das entrevistadas e má por uma minoria (Tabela XIX). É boa na medida em que as enfermeiras a definem como impersonal, formal e distante, às vezes às custas da própria personalidade introvertida de algumas enfermeiras, que dizem ficar apenas observando. A relação melhora com a experiência profissional das entrevistadas. Segundo as enfermeiras, "não é fácil, eles querem mandar em tudo". Além do mais, de início não confiam na capacidade profissional delas. E novamente a referência de que a profissão é sobre carregada de atividades e "a enfermeira é aquela que tem que fazer tudo que os outros deixaram de fazer."

A relação boa é definida como sendo aquela que se estrutura basicamente sobre um respeito profissional e à pessoa, uma relação que se dá através de "papo" e colaboração,

onde se pode conversar em um mesmo nível, e também onde o trabalho realizado pelas enfermeiras é reconhecido pelos médicos.

"Eu acho que uma relação boa é eles estarem conscientes que nós somos Enfermeiros e do que é ser Enfermeiro. Sem aquela mistura deles acharem que ser Enfermeiro e Atendente é a mesma coisa. Deles saberem fazer a distinção. Soc respeitarem como tal."

"O meu relacionamento é bom. Porque eu já te disse que eu sou bem introvertida? Então eu quase não falo com os médicos, eu quase não tenho assim muito contato, assim, ... uma... Eu não tenho muito problema assim com os Médicos, não."

"Eu não acho fácil de levar não. É meio difícil porque os médicos estão sempre com aquela mentalidade que são eles que determinam tudo, que a iniciativa é dele..."

Aparece um depoimento que distoa do restante, onde a relação boa é aquela em que a enfermeira, sempre atenta e vigilante, adivinha os desejos do médico: "A enfermeira tem que ter um sétimo sentido. Quando ele olhar, você já sabe o que ele quer sem precisar dizer uma palavra".

A relação má, em alguns pontos, é basicamente oposta a esta. E onde há indiferença por parte dos dois, inti-

midade misturada com falta de respeito e desentendimentos. Tais respostas fazem relação à imagem antiga da enfermeira como sendo muito ruim, aquela enfermeira submissa, cuja atividade se restringia a seguir a prescrição médica, em que os médicos "querem mandar como se fôssemos a empregadinha da casa deles."

Do ponto de vista das entrevistadas, "simpático" é o médico que é competente e se interessa pelo paciente, é seguro e conduz bem o seu trabalho, cumprindo com a sua obrigação. É aquele que não subestima a capacidade das enfermeiras, tanto a nível pessoal quanto profissional. O que troca idéias e não é endeusado.

"Simpático? Um médico simpático de se trabalhar é aquele que não se sente endeusado. Só ele sabe. Ele não admite que a Enfermeira diga que o curativo Dr., poderia ser feito assim. O Sr. me dá licença de fazer assim?"

"Eu acho que o simpático é aquele que mais se interessa pelo paciente. Que daí a gente começa a achar ele simpático. Pelo menos eu acho assim. E o antipático é aquele que não sabe nem o que o paciente tem. Ele não consegue nem um pingo de simpatia."

Um número mínimo de enfermeiras (apenas 2 em 26) diz que todos são simpáticos e que um médico tem é que ser competente e não simpático, e que simpatia está relacionada com a

pessoa e não com a sua opção de carreira.

Por fim, apenas 1 diz que simpático é um médico alegre e brincalhão, que conversa sobre o lado humano - além dos assuntos profissionais, ou mesmo que, para ser simpático, "basta ser educado e dar boa-noite ao entrar".

"Que se mantenha um bom relacionamento, sem gros  
seria com você..."

"Chega sempre alegre, conversando com a gente,  
não sei..."

"Antipático" é o médico que não é competente, é estressado e não sabe o que o doente tem; inseguro, metido a saber demais e pede as coisas de mal jeito. É também muito crítico em relação ao desempenho técnico das enfermeiras e planeja a vida do doente só para si, sem dizer às enfermeiras o que se deve fazer.

Ele subestima a capacidade delas até por razões pessoais e não respeita as pessoas. Quer mandar e é aquele que não quer ser tratado por você e que exige o doutor antes do nome.

"Por exemplo, para mim, na minha opinião, em pri  
meira parte o Médico antipático é aquele que não te dá abertu  
ra para você chegar e falar o que você sente, tá? Isso é er  
rado, você tá vendo que tá errado para seu paciente, e ele  
não te dá abertura para você chegar e dizer 'olha isso que o Sr. fez é errado, tá?' Porque ele se acha superior a você,

porque ele é o Dr. e você o Enfermeirinho, tá? Então ele não te dá esta abertura para você chegar. E também, em relação, justamente neste ponto, né? E daí não te dando abertura ele está se distanciando de você, achando que você é um reles profissional, que não tem gabarito de chegar para ele e discutir o problema com ele e dizer. E também aquele negócio ele tem o DR., tão inflamado que você não pode nem chegar pra ele e dizer - "Olha seu fulano, tá? - Não, eu sou o Dr.. O que que você quer?"

"Eu acho que uma relação má é aquela mistura de intimidade e falta de respeito profissional... e eles acharem que Enfermeiro só segue a prescrição médica... que o trabalho da Enfermeira está só condicionado só àquela prescrição."

Um médico bom de se trabalhar é competente, sabe e gosta do que faz, cobra as coisas e não se acovarda diante das dificuldades de um plantão. Raramente altera uma prescrição, cumpre suas obrigações e facilita o trabalho da enfermeira. Complementarmente dá informações e esclarecimentos sobre o doente, respeita a enfermeira como pessoa e como profissional, faz com que ela participe com ele do trabalho. Reconhece os direitos da enfermeira e tem paciência com ela, é educado e comanda bem a equipe.

O médico omisso é um mau médico para se trabalhar, no depoimento das enfermeiras. O mau médico é inseguro, atrapalha a enfermagem prescrevendo estupidez, é nervoso, não

se interessa pelo doente, deixando-o jogado. Não aceita opiniões porque só ele é quem sabe, e fica irritado quando "alguém cobra e ele sabe que não vai dar conta, mas afinal ele é o médico e você é a enfermeira".

Em outras definições, já não enfocando tanto a questão profissional, um mau médico é aquele mal-humorado, revoltado, que diz que trabalha pouco porque ganha pouco. "Não sabe o que é a enfermagem e quer dar ordens, senta, posudo, prescreve e sai."

Dezoito das vinte e seis entrevistadas dizem que quem manda na equipe de saúde é o médico, embora algumas afirmem que ninguém manda e que é um trabalho em conjunto e que, no máximo, o médico coordena.

As explicações para este poder são sempre relativas ou a ela ou a ele na avaliação das enfermeiras. O médico manda porque a enfermagem não se impõe e ela se omite por segurança, porque o nível é mais baixo, tanto o social quanto o cultural. "Mesmo sendo um néscio, acadêmico do 2º ano, ele manda e ela deixa." Talvez porque a medicina seja a profissão mais antiga e esse conceito seja uma visão também antiga que ninguém se preocupa em mudar. O médico sempre foi considerado superior e tomou para si a postura do dono da casa. "Isto já vem da época em que a enfermagem lavava roupa no hospital e, de repente, botaram ela de branco e ela era enfermeira. Era analfabeto e era mandada pelo médico, que monopolizava tudo." "Também pela condição de ser homem e mulher, aí também a mulher obedece." "Quem tem mais manda mais. Como o médico

*sempre teve mais, mais prestígio, mais condições, mais dinheiro, mais apoio, mais tudo, ele sempre mandou.*"

E se uma enfermeira não cumprir uma ordem médica não acontece nada, segundo mais de 1/3 delas (Tabela XX), e de acordo com quase a metade das entrevistadas, nada acontece (Tabela XX), dependendo da situação.

Não acontece nada se ela tiver condição de justificar e dependendo do apoio da Chefia de enfermagem. Segundo as enfermeiras, essa punição vai depender da incoerência da ordem dada e do registro desta incoerência, da justificativa apresentada, do tipo de médico e da força política dele, e do tipo de hospital, porque se for uma casa de saúde particular, haverá problema. "Mas se um médico desobedece uma ordem da enfermeira, não acontece nada."

Segundo o relato de uma das entrevistadas, haverá punição, pois, na sua própria experiência, houve advertência e pedido de afastamento do hospital pelo médico.

Segundo quase unanimidade das enfermeiras, elas podem "sabotar" o trabalho do médico (Tabela XX). "Sabotar" entende-se aqui como não cumprir uma exigência feita pelo médico sem que ele venha a saber e sem trazer prejuízo para o paciente obrigatoriamente.

Neste ponto, as respostas são claras. "Sabota-se" e muito, mas sem prejuízo para o paciente, o que seria uma desonestidade. Tudo é feito de acordo com a consciência de cada um, na medida em que o trabalho da enfermeira é independente, o médico não tem como vigiar, ela pode checar na fren-

te dele e não fazer. Segundo um relato: "quando não se gosta de um médico, se fazem coisas terríveis."

Embora não haja proibição regimentar no INAMPS, as enfermeiras não dirigem hospitais e estes são dirigidos por médicos na sua quase totalidade.

Essa explicação, pelas enfermeiras, vem da tradição dos médicos, porque eles têm organização política, são a classe hegemônica e se houver maus médicos e boas enfermeiras, os maus médicos serão colocados. Eles são os donos das casas de saúde e aí começa. E como mandam no tratamento, mandam em tudo. O médico tem facilidade para tudo e, se o enfermeiro pudesse dar um atestado de óbito, ele poderia ser diretor.

Segundo as enfermeiras, é difícil mudar essa situação. As enfermeiras já se acostumaram com o segundo lugar. A Enfermeira é fraca, ainda não sentiu a sua força e, como a maioria é mulher, já se tornou submissa há muito tempo. A enfermagem tem horror de ser responsável pelos seus atos e, junto com outros profissionais da área da saúde, não se impôs, "é um cordeirinho que aceita tudo". A Chefia de Enfermagem, por ser um cargo de confiança do diretor, é muito mais uma representação dele junto aos enfermeiros do que uma representação dos enfermeiros junto ao diretor. Eles são os diretores, mas tudo é entregue pela mão das enfermeiras. Algumas enfermeiras afirmam que uma enfermeira não dirige um hospital por uma questão de hierarquia mesmo. Ou porque o curso de enfermagem não prepara ninguém para ser diretor e a

medicina é a profissão mais antiga.

A enfermagem atualmente é um serviço no organograma dos hospitais do INAMPS e, salvo raras exceções, esta é a regra. Questionados a respeito deste status quo, visto que regimentalmente não está escrito que a enfermagem não possa ser uma divisão no hospital, as enfermeiras repetem alguns argumentos utilizados. Esta estrutura já é antiga e os médicos detêm o poder. Culpadas são as enfermeiras antigas, que não tinham nem curso nem conhecimento. Há também nas enfermeiras um gosto em ser subalterno, uma espécie de cordeirinho que aceita tudo, não briga por posições maiores, é comediosa e não tem respaldo da classe.

Além disso, a enfermagem entra para perder porque precisa do salário e não pode se arriscar a perder o emprego. As chefias são cargos de confiança dos diretores, geralmente médicos, o que não dá a elas coragem para reivindicar. O INAMPS é culpado por não valorizar o trabalho, mas a culpa maior é das enfermeiras que se preocupam demais com o paciente e correm atrás do médico para que ele prescreva o que esqueceu.

Não há uma divisão nítida das atividades que são de competência do médico e das que são de competência das enfermeiras (Tabela XXII).

Embora algumas afirmem que a questão é misturada para os dois lados, uma parte maior diz que é misturada apenas de um lado, ou seja, as enfermeiras fazem algumas das atribuições médicas mas a recíproca não é verdadeira. E as en-

fermeiras fazem porque querem aprender mais e porque são muito ligadas ao paciente.

"A enfermeira é tudo no hospital: secretária, auxiliar, atendente e servente."

"Faz o papel de psicólogo, nutricionista e assistente social".

"É besta, quer ser agradável ao doutor, se sobre carrega e não tem tempo para avaliar o doente bem."

"É a assessora do médico, a maezona".

"O médico examina e vai embora e a enfermeira, com um coração muito grande, fica com tudo."

"A consciência da enfermeira é que, se ninguém faz, ela faz como se só ela fosse dona do paciente."

E os médicos não fazem o serviço das enfermeiras por preguiça, porque existem muitos médicos e eles brigam por um paciente ou porque acham o serviço da enfermagem humilhante para eles. "Cai a mão deles", como disse uma das entrevistadas. Segundo as entrevistas, "as atividades das enfermeiras são as que exigem controle hormonal e força física". "Se vai sujar as mãos, a enfermeira é que tem que fazer". Para os médicos, fazer estas atividades vai depender do relacionamento ou do "grau de inspiração do cavalheiro", como disse uma delas.

As anotações de enfermagem são consideradas unanimemente como importantes (Tabela XXIII). O registro é considerado a defesa da enfermeira e só se tem conhecimento do que ela faz pelas suas anotações que ajudam a elucidar o diag-

nóstico. São mais importantes que as dos médicos, pois a enfermeira está 24 horas presente. Entretanto, apesar de enfática e unanimemente ditas como importantes, na maioria absoluta dos casos (Tabela XXIV) essas anotações não são lidas por ninguém.

Em relação à não leitura pela parte das enfermeiras, segundo duas das entrevistadas, não é por falta de tempo e sim por preguiça: "Porque tem a passagem de plantão, não leem."

Já os médicos não leem estas anotações, segundo elas, por descaso, por preguiça também e por falta de interesse. Só quando existe um problema é que as anotações vão ser lidas. Os poucos médicos que leem o fazem quase que por acaso, uma vez que "a folha é única e, mesmo que não queiram, acabam lendo."

A contradição explícita não consegue ser muito bem entendida pelas enfermeiras que, questionadas sobre ela, fazem alguns comentários a mais, como o de que há falta de tempo para a enfermagem documentar e que o médico que fica menos tempo com o paciente anota mais. "Se o enfermeiro anotasse mais, seria mais valorizado." Mas há queixas também quanto à condição da enfermeira em documentar: "As enfermeiras não sabem ser sucintas e escrevem muito."

A passagem do plantão, feita ao término deste e oralmente, é vista como importante, porque a enfermeira já chega atuando junto ao paciente e, nesta hora, só é dito o principal para se ter uma visão do paciente antes de chegar

nele. Segundo as entrevistas, a passagem de plantão abre um espaço para os detalhes que não se escrevem ou que não podem ser escritos, por exemplo quando um paciente cai da cama, ou para comunicar fatos que ocorreram no final do trabalho, quando as anotações já foram feitas.

Segundo os relatos, as enfermeiras não leem essas anotações, que são mal feitas, e a passagem é pela insegurança sobre o que se escreveu, ou mesmo pela necessidade de contato com os colegas dos outros horários.

Em relação à qualidade das acomodações para o descanso oficial das enfermeiras no período da noite, há unanimidade quanto ao fato de que elas são péssimas. A enfermeira dorme no chão, na maca do doente, nos banheiros, nas salas de curativos às vezes contaminadas, sentadas nas cadeiras ou nas poltronas. No hospital não há planejamento para a enfermeira e ela fica sempre tentando adaptar as áreas que sobram.

"Você se joga num canto", segundo um relato.

"Você não é considerado um ser humano, não tem cansaço". "O ideal é a enfermeira não se cansar nem descansar. Ela tem que dar um jeito."

De acordo com as enfermeiras, isso acontece porque o descanso ainda não é oficialmente permitido mas também não deixa de ser "uma falta de respeito das chefias para com a enfermagem" — e explicam que esta reprevação vem por parte mesmo de alguns enfermeiros. "Como dar apoio a um doente se você está há 24 h sem dormir?", diz uma delas.

Com respeito às acomodações para o descanso dos

médicos, há quase unanimidade de que elas são diferentes, para melhor (Tabela XXV).

"Onde tem um médico, tem um lugar para ele dormir", diz uma enfermeira.

Essa diferença vem do fato do trabalho deles ser reconhecido e de eles serem os dominadores e elas as dominadas. As explicações não são muito divergentes e são poucas. O INAMPS não se comove com essa situação, segundo elas, e ninguém intercede nesse sentido a nível de hospital porque também o descanso das enfermeiras não é oficial, embora exista na prática. "As enfermeiras não reclamam, não se dão valor". Algumas acham que por comodismo. Na avaliação delas, os médicos acham que elas não têm direito, embora o trabalho brácal seja delas. É como diz o depoimento de uma entrevistada: "O trabalho da enfermeira é visto como o da freira, abnegado, contínuo, que não cansa, não mata e não desgasta."

O regime de trabalho é vivido pelas enfermeiras como sub-humano, com carga horária muito pesada. "Como enxugar gelo", segundo uma enfermeira.

Desgaste físico absurdo e salário incompatível, daí a necessidade de ter dois ou três empregos. Quem trabalha à noite, fica duas noites em casa e uma no hospital.

Se faltar, o rigor no cumprimento da carga horária é grande e logo a chefia fica sabendo. O que implica em falta e desconto de férias. Segundo elas, o próprio colega denuncia o outro, porque fica pesado uma enfermeira fazer o trabalho da outra durante o plantão.

"A enfermeira é a perseguida em todos os hospitais. É a que mais cumpre e é a mais cobrada".

Além disso, há exigências, tidas pelas enfermeiras como infantis, em se apresentar "limpo, passado e barbeado".

Segundo o relato de uma enfermeira, "um trabalho que exige força física tem que ser executado por alguém que só foi admitido porque tem dois braços e duas pernas, e não pe la enfermeira".

A mesma questão vivida pelos médicos é vista pe las enfermeiras como sendo diferente. Segundo elas, além do trabalho deles ser menos cansativo, eles avaliam o doente e vão se deitar; são chamados quando necessário e, segundo um relato, leia-se "acordar"; os médicos não têm supervisão e não há punição para as faltas. "A palavra do médico é a mais importante do hospital".

Na falta de um colega, o outro médico cobre o trabalho dele, o que na enfermagem não é possível porque o trabalho é braçal, dizem elas. Além do mais, um médico segue a sua especialização e não é deslocado de setor para cobrir falta de um outro, o que não acontece com as enfermeiras. Para elas, eles são mais unidos e têm um sindicato mais forte, como diz o relato de uma enfermeira: "O hospital é deles. Eles já nasceram tendo alguma coisa que seria deles."

As enfermeiras não gostariam que suas filhas fossem enfermeiras (Tabela XXVI), embora muitas respeitassem essa opção. E, segundo seus relatos, para que não sofressem o

que elas sofreram, onde não têm nenhum reconhecimento, lutam pelo doente e eles agradecem aos médicos quando se curam; profissão que exige muito sacrifício de vida, mal-remunerada, com um enorme desgaste físico e emocional.

Aquelas que respeitariam a opção da filha relatam que alertariam a mesma "a respeito da luta árdua a se conquistar". Que é trabalho braçal mesmo e que com a idade vai ficando muito pesado.

Fica bem clara esta situação nas palavras de uma das entrevistadas: "Você não precisa ganhar bem para ser um bom profissional, mas o dinheiro tá ligado à tua vida, a você ter um emprego só, se dedicar mais, se dar mais, se cansar menos, estudar mais."

Mesmo assim, ainda há as que acham que vale a pena:

"Compensa, gratifica."

"A não ser por salário e horário, é maravilhoso."

A Observação Participante:

Vigiando os Braços do C.T.I.

Observamos, aproximadamente, dezesseis horas de um Centro de Tratamento Intensivo de um Hospital no Rio de Janeiro, o mesmo local em que trabalham as vinte e seis enfermeiras entrevistadas na enquete.

Adotamos a postura definida por Schwartz e Schwartz, in GUIMARÃES<sup>46</sup>, como a do observador participante passivo, caracterizada "como sendo semelhante a alguém que estava por detrás de uma tela que não deixa ver o observador. A ideia é interagir o mínimo possível... supondo-se que tal comportamento interferirá menos nas atividades do grupo e possibilite uma observação natural dos eventos."

Concordamos também em que "a pesquisa de campo... é um método no qual as atividades do pesquisador exercem um papel crucial na obtenção dos dados".<sup>47</sup> Em vista disto, achamos importante ressaltar e nunca esquecer que o objeto foi visto e analisado por uma enfermeira. Embora estejamos cientes da necessidade de distinguir o que já sabemos e já vivemos daquilo que conseguimos observar na realidade, sabemos que a separação, sobretudo neste caso, é impossível.

Ao longo destas horas de observação participante, tentamos cobrir o período de 6:30 da manhã às 21:30 horas da noite. Não observamos o período restante da noite e a madrugada por impossibilidade de horário da própria autora e por ser este horário no hospital um período em que as enfermeiras se alternam para descanso. A movimentação no setor é mínima,

só contando com a presença de médicos nas intercorrências de urgência.

Os registros das observações foram feitos no momento seguinte às mesmas em "diário de campo".\* (Anexo III)

De acordo com a observação realizada, a passagem de plantão entre as enfermeiras dá-se sempre em um ambiente alegre e brincalhão. É com bom-humor e brincadeira que os casos dos pacientes, principalmente os graves, são comentados. Não há sistematização neste procedimento.

As vezes uma enfermeira recebe as informações referentes a sete pacientes, dentre os dez que estão internados. Vale ressaltar que, em situação normal, uma enfermeira deve ficar responsável por dois pacientes.

Embora o término da jornada do trabalho seja às 7 e às 19 horas, estes horários não são respeitados pelos que chegam para receber o serviço.

Existe um horário no C.T.I., próximo aos términos das jornadas de trabalho, que poderíamos denominar de "horário do limbo": ele acontece entre 17 e 19 horas e entre 16:30 e 8 horas, em que os pacientes só são manipulados e/ou assistidos se houver uma situação de emergência. Não há médicos na Central do C.T.I. e as enfermeiras se ausentam um pouco também: os pacientes, nesta hora, não têm "dono", não pertencem nem a quem chega e nem a quem sai.

\* Toda observação participante, assim como o restante do trabalho de campo, foi realizado pela própria autora deste trabalho.

Logo após a passagem do plantão, acadêmicos de medicina e médicos são vistos sentados lendo os prontuários, antes de iniciar os trabalhos, ao passo que as enfermeiras são vistas preparando a medicação.

O horário do café da manhã para o pessoal que trabalha no setor, que é em torno de 8:15h, e acontece na sala para descanso das enfermeiras, é o marco real para o inicio dos trabalhos de todos. É uma hora de aparente confraternização entre médicos e enfermeiras.

Ao observarmos as relações entre enfermeiras e acadêmicos de medicina, percebemos que estes são, no máximo, "tacetadas" pela sua inexperiência. É visível a relação de superioridade com que as enfermeiras tratam os estudantes de um modo geral, embora isto não implique em mau relacionamento.

O Centro de Tratamento Intensivo, por ser um setor específico para doentes críticos, exige todo um ritual de vestimentas próprias para que alguém possa circular em seu interior. Entretanto, este ritual de colocação de avental, gorro e sapatilhas, é executado apenas pelas enfermeiras. Alguns acadêmicos e médicos chegam a entrar com jaqueta jeans e às vezes colocam o avental sobre as costas, como se fosse uma capa.

Embora as enfermeiras não obedeçam, em sua maioria, o horário de sete horas para chegada, os médicos também não o fazem. Observamos um médico que chegou às 9:20 e saiu às 9:45 hs.

Em relação à realização dos trabalhos, a situação

também é diferente. Os médicos trabalham a maior parte do tempo sentados e as enfermeiras de pé. O relacionamento entre os dois é aparentemente carinhoso, com contato físico. Entretanto, há uma divisão geográfica do setor para a execução dos trabalhos. Os médicos se agrupam mais ao centro do balcão e ocupam as cadeiras. As enfermeiras, quase sempre de pé, se colocam mais nas extremidades do balcão central. Os trabalhos de ambos são realizados, de modo geral, em separado. E a assistência que as enfermeiras prestam é feita silenciosamente. Ali o paciente é um espectador mudo.

As enfermeiras não participam da discussão dos médicos sobre os pacientes, embora muitas vezes, ao chegar, um médico peça à enfermeira que lhe diga os diagnósticos dos pacientes admitidos recentemente. Não há participação mútua na passagem de plantão e elas são realizadas em separado.

A longo do trabalho, vimos enfermeiras lembrando aos médicos determinadas tarefas que eles tinham que cumprir e traduzimos aqui o desabafo de uma delas:

"É triste ser babá de médico."

A chefia das enfermeiras é bem quista por elas, mas o chefe dos médicos não é bem quisto nem pelos médicos nem pelas enfermeiras; de um modo geral, todos se referem a ele de forma muito negativa e crítica na sua ausência.

A relação médicos X enfermeiras varia de acordo com o fato de os médicos estarem em grupo ou não. Quando em grupo a relação se torna formal e distante, em oposição à intimidade e carinho que existem na outra situação.

No que diz respeito ao paciente, se ele gemer, mesmo que haja um médico olhando para ele, é a enfermeira quem primeiro se aproxima do leito para o atendimento.

Observamos toda uma estratégia de reação não explícita das enfermeiras, em relação a uma ordem médica com a qual elas não concordam. Desde a desobediência aberta, a uma expressão verbal e facial de puro descontentamento, até a postura de quem não está entendendo bem o que está sendo pedido e, portanto, não pode atender. Há, na prática, uma disputa entre as duas categorias em termos de reconhecimento de competência e de detenção do poder, à qual o paciente assiste calado.

O C.T.I. lembra um mundo mágico onde se disputa, diariamente, situações de vida em meio à morte.

## 5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Ao analisarmos os dados levantados pela enquete e pelo diário de campo, desejamos de início, esclarecer dois pontos. Primeiramente, que não nos interessa neste estudo saber as razões, intenções ou motivos de quem exerce a dominação e sim entender a forma como ela se processa.

"Portanto, não perguntar porque alguns querem dominar, o que procuram e qual é sua estratégia global, mas como funcionam as coisas ao nível do processo de sujeição e dos processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem os gestos, regem os comportamentos etc. Em outras palavras, ao invés de perguntar como o soberano aparece, no topo, tentar saber como foram constituídos, pouco a pouco, progressivamente, realmente e materialmente os sujeitos, a partir da multiplicidade dos corpos, das forças, das energias, das matérias, dos desejos, dos pensamentos, etc." \*

Em outras palavras, apreender o poder na extrema dade não jurídica do seu exercício.

Em segundo lugar, ao deixar de lado uma visão economista do Poder em que ele está sempre secundário em relação à economia, adotaremos o que FOUCAULT denomina de sistema contrário aos dos filósofos do séc. XVIII. Um sistema em que a opressão, em vez de ser a ultrapassagem de um limite estabelecido no poder-contrato, é o simples efeito e a simples

\* Ver Michel Foucault, Soberania e Disciplina. In: Microfísica do Poder.<sup>49</sup>

continuação de uma relação de dominação.

"A repressão seria a prática, no interior desta pseudopaz, de uma relação perpétua de força." <sup>50</sup>

Um esquema, portanto, em que a oposição pertinente é entre luta e submissão.

<sup>51</sup> FOUCAULT nos fala de uma nova técnica de gerir os homens, que teve seus princípios fundamentais elaborados durante o séc. XVIII, e que ele chamou de disciplina ou poder disciplinar. Como técnica de exercício de poder, a disciplina se consolida através de três eixos fundamentais: controle e distribuição espacial dos indivíduos - controle do tempo e registro contínuo. E ressaltando que o poder possui uma positividade, uma eficácia produtiva, sem o que dificilmente se previveria e onde dominação e repressão não são termos associados. E com essa positividade o poder tem como alvo "adestrar" o corpo humano, docilizá-lo.

"Objetivo ao mesmo tempo econômico e político: aumento do efeito de seu trabalho, isto é, tornar os homens força de trabalho dando-lhes uma utilidade econômica máxima; diminuição de sua capacidade de revolta, de resistência de luta de insurreição contra as ordens do poder, neutralização dos efeitos de contra-poder, isto é, tornar os homens dóceis politicamente." <sup>52</sup>

#### O Laboratório da Docilidade

Os primeiros passos para o posterior efeito de "docilidade" da enfermeira já são executados ao nível da Universidade e, mais especificamente, no ingresso ao ciclo profissional do Curso de Graduação em Enfermagem.

Embora sem ter clareza sobre o "jogo" que se inicia, as futuras enfermeiras começam a sentir-se um pouco incomodadas diante da situação que lhes é apresentada. A "voz do povo" (as estudantes mais antigas "sussurram" para as mais novas) se encarrega de fazer passar a mensagem sobre as regras do jogo. E aceitá-las, para poder chegar ao final.

O curso de Enfermagem exige do estudante um aadurecimento rápido, onde não lhe é permitido o "descompromisso" inicial de todos os outros. A futura enfermeira já começa a conviver com professores, que reprimem mais que estimulam, e que são exigentes em termos de postura, aparência, peso, disciplina em termos de horário. "Em termos de, primeiro, de postura, a maneira de ser, a maneira de se postar, em termos de uniforme, éramos cobrados". Os estágios começam cedo, o curso é em horário integral.

Mesmo sentindo-se "humilhadas" com determinadas atividades, todas as tarefas têm de ser cumpridas e o são. "A gente esperava um negócio mais científico, então você na realidade, você tinha uma professora te cobrando se o balcão estava limpo, e se o doente estava impecavelmente limpo. Havia, há um interesse meu, em coisas mais superiores enquanto que havia a reclamação de um professor com um balcão de Enferma-

gem estando impecavelmente limpo. E como há pouco tempo eu estava conversando com um amigo meu sobre isso, ele disse que o tempo de faculdade, esse era um modo de você conversar (RISOS). Ele disse que quando estava fazendo Enfermagem, que ele tinha vergonha de falar em casa o que ele fazia na Enfermagem. Que teve um dia que, não sei se foi no Pinel, me parece que foi no Pinel o estágio de Psiquiatria, uma das professoras lá reclamando, não sei que, não sei que lá, aí ele um amigo dele, que é o P. olharam assim, "realmente, isso está muito sujo"; pegaram vassoura, balde de água, lavaram azulejos, lavaram tudo dentro do Posto de Enfermagem. Eu não sabeu a fazer isso não, (RISOS) mas existem colegas nossas que limpam cama, muita coisa."

"Depois que você está como eu, com onze (11) anos de formada, aquilo que foi ruim, negativo, por exemplo, a começar: eu tinha um cabelo na época que eu comecei a fazer Enfermagem que batia na cintura; o diabo do coque resolvia cair justamente na hora em que entrava uma das professoras (RISOS). Então eu sempre fui visada, entendeu? Mas eu tirava de letra, não fazia por onde, enrolava o cabelo, prendia de novo, e vamos em frente, nunca perdi posição por isso, chegou um ponto que eu tive que cortar o cabelo em função da Enfermagem, não dava para mim ficar segurando o cabelo ou brigando com os professores (RISOS).

Por isso me irritava muito, era uma das coisas que me irritava e tudo o mais talvez se eu tivesse me adaptado

do a usar uma touca, um negócio - não suporto nada na cabeça-rigidez de horário, a gente tinha professores que ficavam no pé da gente."

Associados ao sistema formador repressivo, aparecem outros fatores que consolidam a situação: para a Escola de enfermagem a liderança e a participação política são um mal. Para as famílias dos estudantes também, visto que as mesmas previnem os filhos contra esse eventual "perigo" na vida universitária.

"Você diz que a maioria dos estudantes não participava de atividades estudantis. Por que você acha que acontece isso? Você se formou em 1974?

É o medo mesmo; né? Medo de repressões da sociedade mesmo; da família."

Além disso, as futuras enfermeiras moram longe de onde estudam (sendo em geral suburbanas) e precisam sair correndo para não pegar um ônibus cheio demais. E sobretudo a questão da sobrevivência material aparece com força: além das 8 horas diárias de atividades na Universidade, é necessário trabalhar para viver.

Como exigir que um grupo que é formado sob constante pressão e que enfrenta uma série de outras dificuldades estruturais assuma uma postura questionadora?

Além da questão da formação da enfermeira ao longo da Universidade, uma outra situação, ainda anterior a esta,

se coloca. A predisposição para a profissão. A escolha da carreira é pautada no vislumbre de uma possibilidade de ascensão econômica e social a curto e médio prazo:

"Eu fui estudar sem dinheiro. Eu saia e não sabia como é que voltava. As colegas ajudavam. Como eu tinha muitas colegas, também sem dinheiro e procurando melhorar de situação... nós começamos assim. Quando eu cheguei no segundo semestre eu consegui arranjar um doente para eu acompanhar, ai começou a melhorar, porque eu acompanhava o doente de noite: um dia eu ia, outra colega ia, e ganhava 80 cruzeiros por dia que era dinheiro à beça... Era uma bênção do céu..."

-Você faria Enfermagem de novo?

Eu faria. Com sinceridade, tô te falando de coração mesmo. Faria Enfermagem novamente. Porque eu consegui muita coisa dentro da Enfermagem. Sempre com muito esforço, muito trabalho, mas consegui muita coisa. Eu saí da miséria e tenho alguma coisa hoje em dia em termos, assim, de montar uma família.

-E economicamente, como é que você se sente?

Economicamente eu posso dizer que eu - bem ninguém está né! - eu tô razoável, né! Eu tenho casa própria, eu tenho telefone."

De um modo geral esta é a meta do estudante de Enfermagem, o qual dificilmente deixará que outras propostas cruzem ou atrasem a sua caminhada em direção à obtenção do diploma. A participação em atividades políticas na Universida-

de pode representar uma ameaça a esta meta.

#### "O Branco-limpo e o Branco-sujo" - a guerrilha das Enfermeiras no Hospital

A situação da época de graduação se reproduz automaticamente no profissional: as enfermeiras não participam de vida associativa (Sindicatos, Conselhos) e nem de Congressos de sua categoria profissional.

Mas é dentro do contexto institucional que a situação vai se tornando crescentemente incômoda para as enfermeiras.

Com um regime de trabalho sub-humano, com rigidez nos horários e na cobrança de seu cumprimento, trabalhando mesmo nos feriados, não recebendo reconhecimento por este trabalho nem no meio intra nem no extra-hospitalar, sem desfrutar de um espaço especificamente maior a nível oficial geral dentro do INAMPS, e vivendo um grande desgaste físico e emocional ao longo da jornada de trabalho, qual é a "força" invisível, imperceptível, que mantém essas enfermeiras no hospital? A pura necessidade de ganhar dinheiro para viver?

A nosso ver existe um "vêu de dominação" sobre esta prática profissional, um tecido sutil de Poder que se estende e que através de pequenas concessões mantém o status quo. As pequenas concessões se traduzem, por exemplo, na "tipologia" de médicos existentes: a do "simpático", que trata a enfermeira com "carinho", dá tapinhas nas costas e chama por apelidos do tipo "baixinha", "minha vida" e que ao punir a en-

fermeira, diz: "Eu vou comer a tua perna!" O tipo "competente", que é dedicado ao paciente e não altera a eficácia do trabalho da enfermeira. O que é "brincalhão" e sempre está bem humorado. O "educado" que dá boa noite ao passar. Ou mesmo o tipo "generoso", que doa um coador de café para as enfermeiras.

"-O que é um médico simpático/antipático?

Simpático é aquele até mesmo no modo de se dirigir à pessoa... Tem Médico que é assim, chega e começa a te dar ordens, faz isso faz aquilo, não sei o quê, como se você fosse a empregadinha da casa deles, para mim esse é o antipático. Agora tem outros que se dirigem para você de maneira diferente, pede por favor e às vezes é até uma coisa que não era nem para você fazer nem tua obrigação, e só pela maneira dele te pedir, você faz... Esse é o médico simpático, ele sabe conquistar pela maneira de falar, o comportamento também."

Um médico "simpático" é o que não trata as enfermeiras como "empregadinhos".

Há em todos eles um traço em comum: avaliado como "positivo" pelas enfermeiras, o seu traço identificador na verdade é baseado em pequenas concessões que asseguram o rendimento institucional da enfermeira, a perpetuação do tipo de relação estabelecido, a relação de dominação.

Há, com efeito, na positividade de todos estes gestos, uma mensagem de dominação e de resistência que, como já dissemos anteriormente, assegura a subordinação, num ambi-

ente de pseudo-paz, num ambiente disciplinado.

A disciplina usa de alguns métodos para exercer o seu Poder.\* "A disciplina é uma anatomia política do deta-lhe".<sup>53</sup>

Com hora marcada e controlada para chegar e sair do trabalho, com hora certa e tempo previsto para cada tarefa a ser executada e determinando o horário para os outros (visitas ao paciente, p.ex.), as enfermeiras expõem o controle do tempo sobre elas exercido.

"O tempo medido e pago deve ser também um tempo sem impureza nem defeito, um tempo de boa qualidade, e durante todo o seu transcurso o corpo deve ficar aplicado a seu exercício. A exatidão e a aplicação são, com a regularidade, as virtudes fundamentais do tempo disciplinar."<sup>54</sup>

Assim, o tempo da enfermeira não lhe pertence, pois ela faz tudo o que outros não fizeram. E aí temos uma segunda armadilha: o próprio fato da enfermeira saber fazer e na prática fazer mesmo, uma tarefa médica, p.ex., o eletrocardiograma, é necessariamente um passo dado em relação à sua autonomia ou à sua subordinação?

Na verdade, somente pela forma negativa a enfermeira tem o conhecimento de suas atribuições na prática hospitalar. Ela sabe o que não pode fazer. O seu encargo posi-

\* "Pequenas astúcias dotadas de grande poder de difusão, arranjos sutis, de aparência inocente, mas profundamente suspeitos..."<sup>55</sup>

vo é o "tudo". Ela sabe "de tudo" do hospital.\*

Além de desfrutável e participando com o médico de uma "intimidade" que não é recíproca (o médico tem intimidade com a enfermeira mas o contrário não é verdadeiro), o corpo da enfermeira é controlável, na medida em que ele é um seguidor dos rituais: as trocas de roupas de trabalho, de lhares, de gestos e de técnicas.

"A relação ruim é a falta de respeito, o não a tendimento às ordens dadas.

-Dadas por quem?

Por nós. Porque você pode dar uma ordem e ele receber a ordem, e ele dar uma ordem e você receber e cumprir. A responsabilidade, a atenção, e a Enfermeira tem sempre que ter um sétimo sentido. Quando ele olhar pra você e você já saber o que ele está querendo. Assim num olhar você se comunica com o Médico e sabe perfeitamente o que ele está querendo em relação ao doente, sem precisar dizer uma palavra".

O controle do espaço também é realizado.

No CTI, a sala das enfermeiras é um lugar "público" (de acordo com o diário de campo) onde são suspensas as regras da hierarquia. A "hora do café" carnavaliza esta situação. Mas no quarto dos médicos, que sempre existe no CTI, não se entra sem um objetivo específico.

\* "Saber e Poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder". 56

Existe uma estratégia de mobilidade na ocupação destes espaços, cujas regras de disposição asseguram o controle do corpo da enfermeira. Se ela está de pé "circulando" entre os pacientes, está atendendo o paciente. Se está de pé apenas, atende ao médico, e, se está sentada no balcão, está registrando.

Existe mesmo uma avaliação feita pelos médicos e reproduzida pelas enfermeiras, a respeito das enfermeiras que permanecem a maior parte do tempo em pé, "circulando" ou sentadas.\*

O próprio balcão central do CTI é um local estratégico. Tanto do ponto de vista dos registros e das decisões que são tomadas por sobre ele assim como da sua disposição espacial. A partir dele, tudo se pode controlar, tanto direta como indiretamente. De uma forma direta porque é lá que são feitos todos os registros médicos e pedidos sobre os doentes. Indirectamente porque obedece em parte ao modelo do panóptico de Bentham.\*\* Com uma localização física central dentro do CTI e sendo um degrau mais elevado que o restante da área, a "Central", como é chamada por todos que ali trabalham, "pode reduzir o número dos que o exercem [o Poder], ao mesmo

\* "O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório do poder. Graças a seus mecanismos de observação, ganha em eficácia e em capacidade de penetração no comportamento dos homens; um aumento de saber vem se implantar em todas as frentes do poder, descobrindo objetos que devem ser conhecidos em todas as superfícies onde este se exerce." 57

\*\* "Por isso Bentham colocou o princípio de que o Poder devia ser visível e inverificável. Visível: sem cessar o detento terá diante dos olhos a alta silhueta da torre central de onde é espionado. Inverificável: o detento nunca deve saber se está sendo observado, mas deve ter certeza de que sempre pode sê-lo." 58

tempo em que multiplica o número daqueles sobre os quais é exercido. Porque permite intervir a cada momento e a pressão constante age antes mesmo que as faltas, os erros, os crimes sejam cometidos." <sup>59</sup>

Ao longo da jornada de trabalho, as enfermeiras ocupam silenciosamente as extremidades do balcão e os médicos a sua parte central. Não há conversas entre estes dois grupos. \*

Ao "gemit" um paciente, é a enfermeira quem primeiro se levanta, obedecendo a regras de há muito estabelecidas: presença incansável e abnegada junto ao paciente, corpo que não se cansa e não precisa de descanso.

"Eu acho né, que eu não dou o máximo de mim, em relação ao meu próximo, porque a Enfermeira tem que dar muito de si. Tem que ser abnegado, colocando o paciente em primeiro lugar e ele em segundo lugar. Então eu acho que eu ainda não estou colocando o paciente em primeiro lugar."

E exige um registro contínuo. Oral, pela passagem de plantão, e escrito nas folhas de acompanhamento do paciente, se constituindo em registros que certamente não servem ao propósito de cura do doente pois, como constatamos, pou-

\* "Porque nessas condições, sua força é nunca intervir, é se exercer espontaneamente e sem ruído, é constituir um mecanismo de efeitos em cadeia... Em suma, faz com que o exercício do poder não se acrescente de fora, como uma limitação rígida ou como um peso sobre as funções que investe, mas que esteja nelas presente bastante suavemente para aumentar-lhes a eficácia aumentando ele mesmo seus próprios pontos de apoio." <sup>60</sup>

cos médicos e enfermeiras os lêem.\*

Embora tenham a percepção "incômoda" de uma relação de dominação, as enfermeiras elegem, ao longo do seu depoimento, um bode expiatório para a situação. As enfermeiras "antigas" são culpadas e fica entendido que submissão é obedecer ordens dos médicos.

O poder é percebido pelas enfermeiras como algo distante, fora do cotidiano, do alcance e do contato, e que encerra nesse distanciamento a quase impossibilidade de mudança.

Por outro lado, a enquete nos mostra que a enfermeira às vezes desobedece uma ordem médica e por vezes prescreve uma medicação que lhe parece apropriada ou necessária.

O que representa isto do ponto de vista da relação de poder entre médicos e enfermeiras? Um passo para atingir o que? Uma libertação, um espaço de autonomia?

Não é o que transparece nos depoimentos:

"-Há um período de descanso à noite; como são estas acomodações para as enfermeiras?

Péssimas. É um lugar arranjado porque o descanso é oficioso e não oficial, como o dos médicos, e por isso as acomodações deles são melhores."

\* "Anotação do indivíduo e transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber". <sup>61</sup>

"Eu não conheço nenhum Hospital que a Enfermeira dirija. Pode ser que agora a Enfermeira que tenha Mestrado ela talvez possa dirigir um Hospital... ela talvez possa, porque adquiriu mais conhecimentos, porque eu acredito que seja isso..."

"Olha, a gente se sente assim diminuída, né? Não em relação à profissão, porque eu acho que o problema do salário, do baixo salário, não é da profissão. A profissão não. Eu acho que é do Governo. O Governo é que não está dando condições econômicas necessárias aos profissionais da saúde. O problema não é nosso, não é da Enfermagem não."

"Por que não muda a relação com os médicos? Porque a Enfermagem ainda não teve coragem de lutar por isso, pelos mesmos direitos que eles têm. Ela não teve coragem ainda de lutar... Pode ser que agora com esses Mestrados, essa Pós-Graduação com essas habilitações, pode ser que ela venha mais forte e possa lutar com o Médico e dizer: 'Não, o Sr. vai deitar, eu também vou!'"

"Dai você sente o valor que o próprio INAMPS dá à área da Enfermagem. Quer dizer, não valoriza o seu trabalho profissional como uma área é... autônoma, entende – então como seria o nome do termo – é..., como nós diríamos, em parte..., quer dizer uma área correlata, independente, correlata à área de medicina, tá? Não valoriza o seu trabalho. Por es-

se tipo de tratar mais a gente como técnico, como um profissional técnico e não como um profissional gabaritado, científicamente, para atuar em linha correlata à área de medicina."

"Querendo ou não, quem manda na equipe de saúde é o médico. (- Por que?) Talvez até por forças políticas, por ser o mais forte, pois sabe que quem tem mais manda mais. Como o médico sempre teve mais, mais prestígio, mais condição, mais dinheiro, mais tudo, ele manda mais."

Por que são tão dóceis estes corpos, essas enfermeiras que não são humanas, não se cansam e nem descansam?

Na verdade, as enfermeiras, através de sua prática, incorporaram o seu ideal profissional, na figura abnegada do "anjo branco".\*

Que mecanismo positivo do poder garante essa representação da imagem da enfermeira? Com que vantagens?

Sentimos ser absolutamente necessário dar conta da realidade cotidiana, destas situações diárias, pequenas, quase desapercebidas, repetitivas, que tecem a teia da dominação na instituição hospitalar.

A docilidade, a sua submissão, embora ligada a

\* "Deve-se salientar ainda que, quando se estuda a enfermagem no Brasil, dois pontos merecem um especial destaque no discurso produzido pelos seus intelectuais: o sentimento de religiosidade e a preocupação com o social".<sup>62</sup> Conforme nos mostra mais adiante GERMANO<sup>63</sup>, o papel social aqui significa relacionar-se bem com as pessoas, sem nenhum sentido histórico.

outros fatores que já vimos, como a aspiração a uma ascensão econômica e social, a prática de uma necessidade de sobrevivência material, está ligada também e principalmente a um exercício de Poder. Embora seja um poder delegado e concedido pelo médico por um projeto que não nos cabe aqui discutir, a enfermeira incorpora este saber-poder na medida em que ela o bedece e faz obedecer. O seu corpo, mesmo dócil, lhe pertence. Mas o corpo do paciente também é sua propriedade. Mudo expectador deste mosaico de "decisões", é o doente quem fornece o "meio" para que esta troca de "favores" se torne possível. A enfermeira é a "guardiã da paz" no hospital. Como ele mento que "faz tudo" dentro da instituição hospitalar, ao mesmo tempo detém todas as informações para exercer a sua autoridade. Dona de um conhecimento científico, "parceira" de quase todas as relações no hospital, a enfermeira "legítima" o seu poder e saber, mantendo a ordem. \* \*\*

Ao preservar a ordem no espaço disciplinado e disciplinador do hospital e ao reproduzir a dominação através do doente, a um nível ainda mais invisível, a enfermeira se transforma em efeito e em autor específico deste poder.

\* "Naturalmente, a medicina desempenhou o papel de denominador comum... Seu discurso passava de um a outro. Era em nome da medicina que se vinha ver como eram instaladas as casas, mas era também em seu nome que se catalogava um louco, um criminoso, um doente..." 64

\*\* "... Se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura da exclusão do impedimento... ele seria frágil. Se ele é forte é porque produz efeitos positivos a nível do desejo (grifo meu) - como se começa a conhecer - e também a nível do saber".65

## 6. CONCLUSÕES

O método qualitativo utilizado para a elaboração deste estudo de caso mostrou-se adequado ao propósito deste trabalho, que é o de entender as relações institucionais entre médicos e enfermeiras no sentido de apreender a relação de dominação e a forma como ela se estabelece.

A realização de vinte e seis entrevistas gravadas num Centro de Tratamento Intensivo de um hospital do Rio de Janeiro, enriquecidas por quase vinte horas de observação participante, foram absolutamente necessárias para a compreensão do objeto e para a identificação de problemas relevantes que só foram descobertos no decorrer do estudo.

A enfermagem, como opção profissional, é buscada como meio de ascensão sócio-econômica a curto e médio prazo, e se apresenta sempre numa estudante e numa enfermeira estreitamente ligadas à necessidade explícita de sobrevivência material, necessidade sublinhada pela família, seja por exigências, seja pela sua presença na casa da enfermeira. Aliada a esta necessidade de sobrevivência, a atuação repressiva dos docentes da Escola de Enfermagem vai moldar uma estudante pouco questionadora e pouco participante da vida política da Universidade, que certamente se desenvolverá numa enfermeira fracamente participante de seus órgãos de classe e que compreenderá com dificuldade a importância real de sua participação nos mesmos.

A enfermeira é submissa ao poder do médico e esta dominação se legitima dentro do espaço disciplinado do hospital através da própria disciplina, onde o corpo, o tempo e

o espaço utilizados pelas enfermeiras são esquadinhados, assim como através de uma dominação positiva e de uma eficácia produtiva, em que através de pequenas concessões e de ações cotidianas e aparentemente inocentes o profissional médico executa e perpetua a dominação.

A não delimitação explícita, na prática das enfermeiras, das suas reais atribuições, contribui para que esta relação de submissão das enfermeiras para com o profissional médico permaneça.

As enfermeiras, aparentemente, aceitam a dominação através das condições de trabalho na instituição hospitalar, mas na realidade este trabalho representa o exercício de um poder real dentro do hospital, mesmo que seja um poder concedido, delegado. As enfermeiras reproduzem inversamente a sua relação de submissão para com o profissional médico, no paciente, ao estabelecerem com o mesmo uma relação de dominação, onde o paciente é um mudo expectador dos "palcos" do hospital.

O poder é percebido pelas enfermeiras como situado num ponto específico da estrutura social, sendo o Estado e seus aparelhos o foco absoluto de sua origem.

As enfermeiras incorporaram os aspectos sociais e religiosos de seu ideal profissional na figura abnegada e do cílizada do "anjo branco", que serve com perfeição ao Estado e ao poder médico na medida em que elas se tornam corpos dóceis e disciplinados.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A produção do conhecimento na Pós-Graduação em Enfermagem no Brasil. ANAIS do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Manaus, 1978.
2. BAPTISTA, S.S. Tendências da produção científica do Curso de Mestrado em Enfermagem da EEAN/UFRJ. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, 1983.
3. CARDOSO, J.A. Mulher e trabalho: discriminações e barreiras no mercado de trabalho. São Paulo, Cortez, 1980.
4. CARVALHO, A.C. de. Associação Brasileira de Enfermagem - Documentário 1926-1976. Brasília, ABEn, 1976.
5. CASTRO, I.B. et alii. Reflexão sobre a prática de enfermagem no Brasil e na América Latina. Revista Brasileira de Enfermagem, Porto Alegre (35):185-191, 1982.
6. CERVO, A.L. Metodologia científica. 2ª ed. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1977.
7. COSTA, Nilson do Rosário. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cadernos CEDES (4):5-43, /s.d./, São Paulo, Cortez.
8. DONNANGELO, M.C.F. Saúde e sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
9. FERREIRA-SANTOS, C.A. A Enfermagem como profissão. São Paulo, Pioneira, 1973.
10. FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro,

- Graal, 1979. Introdução, Caps. I, V e VI.
11. FOUCAULT, M. Vigiar e punir. Petrópolis, Vozes, 1977.
  12. GERMANO, R.M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1983.
  13. GOODE, W., HATT, P. Métodos em pesquisa social. 7ª ed., São Paulo, Nacional, 1979.
  14. GUIMARÃES, A.Z. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980.
  15. HENDERSON, Virginia. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. Rio de Janeiro, ABEn, 1962.
  16. LAPASSADE, G. Grupos, organizações e instituições. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983.
  17. LUZ, M.T. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
  18. -----. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: Saúde e medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
  19. -----. Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
  20. MACHADO, R. Introdução à microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
  21. MACHADO, R. et alii. Danação da norma. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
  22. MACHADO, Roberto. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
  23. MELO, J.A.C. Educação sanitária: uma visão crítica. Ca-

- dernos CEDES, São Paulo, Cortez, (4):28-43 /s.d./
24. OLIVEIRA, M.I.R. O Enfermeiro e a Enfermagem. ANAIIS do XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem. Manaus, 1980.
  25. PAIXÃO, W. A História da enfermagem. Rio de Janeiro, Bruno Buccini, 1969.
  26. POULANTZAS, N. As Classes sociais no capitalismo de hoje. 2ª ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
  27. SALOMON, D.V. Como fazer uma monografia. 5ª ed., Belo Horizonte, Interlivros, 1977.
  28. SEVERINO, A.J. Metodologia do trabalho científico. 5ª ed., São Paulo, Cortez, 1980.
  29. SILVA, M.G.R. Prática médica: dominação e submissão. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.
  30. ZIEGLER, J. Os Vivos e a morte. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

## NOTAS

1. HENDERSON (1962) p.14
2. FOUCAULT (1977) p.127
3. MACHADO (1982) p.193
4. MACHADO (1982) p.190
5. MACHADO (1982) p.191
6. MACHADO (1982) p.192
7. FERREIRA (1973) p.19
8. FERREIRA (1973) p.19
9. FERREIRA (1973) p.35
10. SILVA (1976) p.41
11. ZIEGLER (1977) p.195
12. FERREIRA-SANTOS (1973) p.90
13. FERREIRA-SANTOS (1973) p.66
14. FERREIRA-SANTOS (1973) p.66
15. PAIXÃO (1969) p.11
16. PAIXÃO (1969) p.12
17. PAIXÃO (1969) p.29
18. GERMANO (1985) p.49
19. GERMANO (1985) p.49
20. GERMANO (1985) p.25
21. GERMANO (1985) p.24
22. PAIXÃO (1969) p.62
23. FOUCAULT (1979) p.101
24. FOUCAULT (1979) p.104
25. FOUCAULT (1979) p.109

26. CARVALHO (1976) p.29
27. MACHADO (1978) p.16-142
28. LUZ (1979) p.55
29. MACHADO (1978) p.59
30. MACHADO (1978) p.70
31. COSTA (s.d.) p.28
32. LUZ (1982) p.32
33. MACHADO (1982) p.260
34. PAIXÃO (1969) p.109
35. COSTA (s.d.) p.9
36. COSTA (s.d.) p.10
37. COSTA (s.d.) p.15 e 16
38. MACHADO (1982) p.260
39. SANTOS (1973) p.66
40. MELO (s.d.) p.28
41. MACHADO (1979) p.IX
42. MACHADO (1979) p.XI
43. CASTRO (1982) p.187
44. ALMEIDA (1978) p.120
45. ALMEIDA (1978) p.121
46. GUIMARÃES (1980) p.91
47. GUIMARÃES (1980) p.87
48. MACHADO (1979) p.XVII
49. FOUCAULT (1979) p.182
50. FOUCAULT (1979) p.177
51. FOUCAULT (1979) p.106
52. MACHADO (1982) p.193

- 53. FOUCAULT (1977) p.128
- 54. FOUCAULT (1977) p.137
- 55. FOUCAULT (1977) p.128
- 56. MACHADO (1982) p.199
- 57. FOUCAULT (1977) p.180
- 58. FOUCAULT (1977) p.178
- 59. FOUCAULT (1977) p.181
- 60. FOUCAULT (1977) p.182
- 61. FOUCAULT (1977) p.182
- 62. GERMANO (1985) p.30
- 63. GERMANO (1985) p.32
- 64. FOUCAULT (1979) p.151
- 65. FOUCAULT (1979) p.148

ANEXO I

## TABELAS

Tabelas referentes às entrevistas realizadas com 26 (vinte e seis) enfermeiras de um Centro de Tratamento In tensivo de um Hospital do Rio de Janeiro.

Todos os dados foram retirados das entrevistas que tiveram duração média de uma hora de gravação e foram rea lizadas pela própria autora, no período de 17/8/83 a 16/12/83.

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS EM RELAÇÃO A SEXO E IDADE

SEXO IDADE \	MASCULINO	%	FEMININO	%	TOTAL	%
25 — 30	3		4		7	26,9
30 — 35	3		7		10	38,5
35 — 40	1		3		4	15,4
40 — 45	-		2		2	7,7
45 —	-		3		3	11,5
TOTAL	7	27,0	19	73,0	26	100,0

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO À  
ZONA URBANA DE RESIDÊNCIA

	F	%
ZONA NORTE	54	90,0%
ZONA SUL	6	10,0%
TOTAL	60	100,0%

TABELA III - SITUAÇÃO DE MORADIA E ESTADO CIVIL

Situação de Moradia Estado civil \	Mora sozinho (a)	Mora com amigo(a)	Mora com a família	Mora com família e familiares	Mora com familiares	F	%
Solteiro	4	2	-	-	5	11	42,3
Casado	-	-	12	2	-	14	53,8
Desquitado	1	-	-	-	-	1	3,8
Outros	-	-	-	-	-	0	0,0
TOTAL	5	2	12	2	5	26	100,0
%	19,2	7,7	46,2	7,7	19,2	-	100,0

TABELA IV - IMPORTÂNCIA E UTILIZAÇÃO DO SALÁRIO PERCEBIDO

UTILIZAÇÃO IMPOR- TÂNCIA \	Para o seu sustento	Para o sustento da família	Para o sustento da família e familiares	F	%
Se parar de trabalhar faz diferença	5	8	9	22	84,6
Se parar não faz diferença	1	2	1	4	15,4
TOTAL	6	10	10	38,5	100,0

TABELA V - PARTICIPAÇÃO EM OUTRAS ATIVIDADES DE VIDA

	F	%
Sim	9	34,6
Não	17	65,4
TOTAL	26	100,0

TABELA VI - MOTIVOS PARA A ESCOLHA PROFISSIONAL

MOTIVOS	F	%
Qualquer interesse de natureza econômica	9	24,3
Exercia atividade de Enfermeira antes	7	18,9
Opção pela área	6	16,2
Sempre quis ser Enfermeira	5	13,5
Alguma informação anterior	4	10,8
Opção de saída de casa por Enfermagem ser internato	3	8,1
Não ter passado ou ter achado que não daria para passar em outra opção de Vestibular	3	8,1
TOTAL	37	100,0

TABELA VII - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO AO TIPO DE ESTABELECIMENTO DE ENSINO EM QUE ESTUDOU

ESTABELECIMENTOS DE ENSINO	CURSOS		Ginásio	%	2º Grau	%	3º Grau	%	Total	%
	Primário	%								
Pública	23	82,1	20	76,9	17	65,4	25	96,2	85	80,2
Particular	5	17,9	6	23,1	9	34,6	1	3,8	21	19,8
TOTAL	28 *	100,0	26	100,0	26	100,0	26	100,0	106	100,0

\* Dois respondentes cursaram metade do primário em escola pública e metade em escola particular, portanto foram computados duplamente.

TABELA VIII - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO À REALIZAÇÃO  
OU NÃO DE CURSOS DE PÓS - GRADUAÇÃO

	F	%
Latu sensu	7	26,9
Strictu sensu	-	0,0
Não fizeram	19	73,1
TOTAL	26	100,0

TABELA IX - IMPORTÂNCIA DESTES CURSOS, QUANTO À AVALIAÇÃO,  
PARA A ENFERMAGEM

	Sim	%	Não	%	TOTAL	%
São importan- tes	18	69,2	8	30,8	26	100,0

TABELA X - PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES ESTUDANTIS DURANTE  
A REALIZAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO

	F	%
Sim	10	38,5
Não	15	57,7
Não respondeu	01	3,8
TOTAL	26	100,0

TABELA XI - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS EM RELAÇÃO  
AO NÚMERO DE EMPREGOS ATUAIS

	F	%
1 emprego	8	30,8
2 empregos *	13	50,0
3 empregos	5	19,2
Mais de 3 empregos	-	0,0
TOTAL	26	100,0

\* É necessário atentar que embora algumas enfermeiras tenham apenas um vínculo empregatício, elas têm a possibilidade de fazer alguns ou todos os plantões de uma colega que possua o vínculo, com a Instituição mas que paga alguém para vir em seu lugar. Desde que sejam horários diferentes e que ambas trabalhem no mesmo hospital, existe a permissão, que é oficiosa dentro do INAMPS. Daí porque em alguns hospitais da rede é permitido e em outros é proibido, ficando à critério da Chefia.

Essa situação equivale na prática a ter dois ou mais empregos, só que só existe para o primeiro emprego, as vantagens do vínculo empregatício. Estas situações foram computadas aqui como tendo mais de um emprego, dependendo do número de colegas que ela substitui.

TABELA XII - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO AO DESEJO MANIFESTO EM RELAÇÃO A EXPERIÊNCIA DOCENTE

	F	%
Gostaria de dar aula	6	23,1
Gostaria, mas há dificuldades	8	30,8
Não gostaria	9	34,6
Não respondeu	3	11,5
TOTAL	26	100,0

TABELA XIII - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO À PRODUÇÃO CIENTÍFICA

	F	%
Já publicou algum trabalho	1	3,8
Nunca publicou	25	96,2
TOTAL	26	100,0

TABELA XIV - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO À PARTICIPAÇÃO NOS ÓRGÃOS DE CLASSE

FORMA DE PARTICIPAÇÃO	ÓRGÃO DE CLASSE	ABEn	%	COREN	%	SINDICATO	%	TOTAL	%
Contribui e participa	1	3,8	1	3,8	7	26,9	9	9	9,6
Contribui e não participa	5	19,2	25	96,2	12	46,2	42	42	44,7
Não contribui	20	76,9	-	0,0	7	26,9	27	94	45,7
TOTAL	26	100,0	26	100,0	26	100,0	94	100,0	100,0

TABELA XV - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO À  
PARTICIPAÇÃO EM CONGRESSOS DE ENFERMAGEM

	F	%
Já participou	7	26,9
Nunca participou	15	57,7
Não respondeu	4	15,4
TOTAL	26	100,0

TABELA XVII - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO  
À REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

	F	%
Realizada	14	53,8
Não realizada	10	38,5
Não respondeu	2	7,7
TOTAL	26	100,0

TABELA XVI - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO  
À REALIZAÇÃO ECONÔMICA

	F	%
Satisfeita	3	11,5
Não satisfeita	22	84,6
Não respondeu	1	3,8
TOTAL	26	100,0

TABELA XVIII - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO À  
NOVA OPÇÃO DE CARRÉIRA

	F	%
Fariam Enfermagem novamente	8	30,8
Não fariam Enfermagem novamente	10	38,5
Não respondeu	8	30,7
TOTAL	26	100,0

TABELA XIX - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS QUANTO À QUALIDADE DA RELAÇÃO PROFISSIONAL COM OS MÉDICOS

	F	%
Boa	20	76,9
Má	3	11,5
Não respondeu	3	11,5
TOTAL	26	100,0

TABELA XX - OPINIÃO DAS ENFERMEIRAS A RESPEITO DAS CONSEQUÊNCIAS A NÃO OBEDIÊNCIA A UMA ORDEM MÉDICA

	F	%
Haverá punição	4	15,4
Não acontece nada	9	34,6
Depende	12	46,2
Não respondeu	1	3,8
TOTAL	26	100,0

TABELA XXI - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS A RESPEITO DA POSSIBILIDADE DA ENFERMEIRA "SABOTAR" \* O TRABALHO DO MÉDICO

	F	%
Sim	25	96,2
Não	0	0,0
Depende	0	0,0
Não respondeu	1	3,8
TOTAL	26	100,0

\* Fica entendido que "sabotar" significa não cumprir uma ordem médica, sem que haja obrigatoriamente um prejuízo para o paciente.

TABELA XXII - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS COM RELAÇÃO À COMPETÊNCIA DAS ATIVIDADES DO MÉDICO E DA ENFERMEIRA

	F	%
Há uma divisão nítida das atividades que são do Médico e das que são da Enfermeira	4	15,4
Não há uma divisão nítida das atividades que são do Médico e das que são da Enfermeira	18	69,2
Não respondeu	4	15,4
TOTAL	26	100,0

TABELA XXIII - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS COM RELAÇÃO À IMPORTÂNCIA DAS ANOTAÇÕES DA ENFERMEIRA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

	F	%
São importantes	26	100,0
Não são importantes	0	0,0
TOTAL	26	100,0

TABELA XXIV - DISTRIBUIÇÃO DAS ENFERMEIRAS EM RELAÇÃO À LEITURA DESSAS ANOTAÇÕES PELAS ENFERMEIRAS VISTADAS, POR OUTRAS ENFERMEIRAS E PELOS MÉDICOS

	Você lê	%	As enfermeiras leem	%	Os médicos lêem	%
Sim	17	65,4	06	23,1	09	34,6
Não	4	15,4	12	46,1	14	53,8
Não sei	0	0,0	4	15,4	2	7,7
Não respondeu	5	19,2	4	15,4	1	3,8
TOTAL	26	100,0	26	100,0	26	100,0

TABELA XXV - DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO DAS ENFERMEIRAS A RESPEITO DA QUALIDADE DA "SALA DE REPOUSO" PARA O DESCANSO DOS MÉDICOS

	F	%
São melhores do que as das Enfermeiras	23	88,5
São iguais	1	3,8
Não respondeu	2	7,7
TOTAL	26	100,0

TABELA XXVI - DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO DAS ENFERMEIRAS DIANTE DA POSSIBILIDADE DOS SEUS FILHOS OPTAREM PROFISSIO-NALMENTE PELO CURSO DE ENFERMAGEM

	F	%
Gostaria	1	3,8
Não gostaria	13	50,0
Respeitaria a opção	12	46,2
TOTAL	26	100,0

ANEXO 2  
O DIÁRIO DE CAMPO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

3a.f. - 3.01.84 - duração: 4 horas

7:00 - Um enfermeiro sentado no sofá da sala de Enfermagem me abraça e me beija. É muito amigo meu. Estou na sala dos Enfermeiros que está vazia, só há um toca-fita de carro na mesa. A (Enf<sup>a</sup>) chega. Pergunta por Z. (Enf<sup>0</sup>) e diz que ele deve estar aqui, porque reconhece o toca-fita. Z. (Enf<sup>0</sup>) chega e A. (Enf<sup>a</sup>) diz que ele não morre mais. Z. me abraça e pergunta pelo perfume que uso, que é "ótimo". Falamos sobre o Réveillon e Z. diz que trabalharam só três Enfermeiras à noite no CTI. Uma Auxiliar de Enfermagem que trabalha na Unidade Coronariana se negou a subir para o CTI. Dizemos subir porque o CTI é em um andar superior. Z. me diz para não tomar Rohipnol (medicação hipnótica) porque o record é 368 comp., que é o caso de um paciente internado no CTI, 28 anos, que tentou suicídio. Calcularam que este paciente dormiria 7 meses e meio se não se tivesse agido em cima. No momento o paciente encontra-se clinicamente bem, embora muito deprimido, dizendo que vai se matar.

7:50 - Z. vai embora com M. (Enf<sup>a</sup>), que trabalha no 3º andar. Já chegaram D. (Enf<sup>0</sup>) e B. (Enf<sup>a</sup>), que apenas cumpri-menta as pessoas e vai para a Central. T. (Enf<sup>a</sup>) também chegou.

8:00 - Chega o café e todos tomam. Um médico põe a cabeça na porta e pergunta se tem café. Dizem que não. T. foi quem disse. É verdade, por enquanto tem apenas pão com manteiga. Um médico que não conheço participa da conversaativamente sobre a validade ou não do casamento. Um outro médico entra, senta e toma café. A secretaria o chama ao telefone e diz que um conhecido

do do Dr.X. quer falar com o médico de plantão. Ele sai e volta. Conversam um pouco, D. (Enf<sup>a</sup>), B.(Enf<sup>a</sup>), o tal médico que não conheço e o médico de plantão.

8:15 - Três Enfermeiros tomam café. T. (Enf<sup>a</sup>) verifica a escala para ver quem faltou. Uma enfermeira ainda não chegou. A B.(Enf<sup>a</sup>) diz que é necessário saber quantos estão presentes para distribuir os leitos.

8:50 - A enfermeira A.L. chegou agora. As enfermeiras ficam na sala de preparo da medicação. Pergunto às enfermeiras se elas teriam a coragem de "matar" alguém que lhes pedisse, um familiar, p.ex. Falamos sobre eu tanásia e ninguém teria coragem, no máximo desligariam um aparelho, mas não dar uma medicação na veia p.ex. C.A.(Médico) chega e apresenta os novos internos de medicina às enfermeiras. C.A. pergunta se foi A.L. (Enf<sup>a</sup>) quem ficou com o leito 7, à noite, e não andou nenhuma vez em que ele urinou. Chama a enfermeira mais perto e diz: "Vou jantar a sua perna esquerda".

9:15 - Os dois médicos do staff estão sentados na Central, escrevendo, assim como os internos (acadêmicos). As enfermeiras, de pé, em frente ao balcão da Central, manipulam papéis. Uma enfermeira faz um grande curativo num paciente grave. No momento o CTI tem auxiliares de enfermagem. Estes estão dando banho num paciente. Um médico se espreguiça na Central. Existem alguns técnicos de manutenção que mexem nos monitores cardíacos. Em tempo o médico que eu anteriormente disse que não conhecia e que conversava conosco não é medico e sim técnico de manutenção.

9:20 - P.C., médico da rotina, chegou agora.

9:30 - P.C. está sentado, explicando a rotina do serviço pa-

ra os outros acadêmicos de medicina. C.A. (médico) chega perto do leito para ver o curativo de um paciente com 2 acadêmicos. Uma enfermeira sentada, coloca o horário na medicação. A. (Enf<sup>a</sup>) troca o soro da paciente que veio transferida de um sanatório de psiquiatria. A doente olha o frasco de soro e a mão da enfermeira. Ninguém diz uma palavra. As paredes da Central estão cobertas de fórmulas para uso correto da aminofilina e lidocaína que, normalmente, não estão nas paredes. Vale ressaltar que quando há enfermeiros novos no setor ou acadêmicos de enfermagem nunca vi fórmulas nas paredes. As enfermeiras comentam se eu não vou ficar com nenhum leito (o que significa cuidar de um paciente). Estou escrevendo na sala da enfermagem. R.C.(Médico) entra para tomar café e pergunta se estou passeando. Respondo que mais ou menos. P.C.(Médico) e C.A.(Médico) passam pelo corredor e o 1º chama, carinhosamente, pelo 2º: "Vem cá, ô bicho, você vai almoçar?" São 09:45h.

9:45 - Com a presença nova de auxiliares de enfermagem (são 4 no período da manhã) e 4 enfermeiros mais a enfermeira chefe, as tarefas são assim distribuídas: as auxiliares dão o banho, colocam e tiram a comadre, vêem diurese e sinais vitais. As enfermeiras ficam com a medicação oral, endovenosa, intramuscular, os curativos e supervisionam os auxiliares. V.(Enf<sup>a</sup>) passava o horário na prescrição médica quando uma auxiliar pediu que ela anotasse que a paciente X só aceitou 30 ml da dieta. Peguei dois prontuários ao caso, pacientes admitidos em 1.1.84 e 2.1.84, em que não havia nenhuma anotação da Enfermagem (hoje é dia 3.1.84).

9.50 - O chefe do serviço médico do CTI entra na sala da enfermagem, que também é o local em que, à noite, os enfermeiros se "arranjam" para dormir. Cumprimenta

e se serve de café mexendo nas gavetas. Me pergunta se tem sacarina. Digo que quem tem é a V. (Enf<sup>a</sup>) e deve estar no bolso dela. Ele continua procurando na gaveta de psicotrópicos e sai da sala, sem encontrar.

10:30 - A mãe visitava uma criança que levou um tiro na cabeça e está no leito 3. Estou sentada na Central com A. (Enf<sup>a</sup>). Entra Dr.F. (Médico). A. fala baixinho que vai dar o maior bode por causa da visita a esta hora (fala baixinho para T.(Enf<sup>a</sup>) que no momento substitui a enfermeira chefe do CTI, em férias). Só os enfermeiros e auxiliares usam sapatinha nos pés. Um acadêmico só usa um tênis azul e branco, sujo e sem sapatinhas. Os médicos também não usam, inclusive Dr.F., que é o chefe dos médicos. Dr.F. entra, pergunta pelo Dr.P.C.(Médico). Eu não respondo. A. (Enf<sup>a</sup>), sentada, responde às perguntas do Dr.F., que quer saber o que é que a paciente tem. A. diz que é um caso de asma. "L-3?" - Um tiro na cabeça, diz A. "Quem são?" pergunta Dr.F. olhando as duas visitas em torno do leito. A. (Enf<sup>a</sup>) diz que a criança é sobrinha da supervisora de enfermagem do hospital e que a outra é a mãe da criança, que foi autorizada a entrar um pouquinho. "Depois não tem bronca, heim, baixinha? Eu havia combinado com B.(Chefe das Enfermeiras, que está de férias) que de manhã não entra visita nenhuma, nem de médico. Agora se vocês deixam entrar... O negócio é que B. (Enf<sup>a</sup>Chefe) entra no meu gabinete furiosa e arrancando os cabelos, abrindo uma boca enorme... se ainda fosse a supervisora vá lá, mas..." E se afasta. Entra mais uma visita para perto do leito. "Ai, meu Deus, diz A. (Enf<sup>a</sup>), que vai dar confusão, vai. Quem é essa? Essa eu não autorizei... Hei, V.(Enf<sup>a</sup>), diz para ela sair." V.bate no ombro da moça apontando para A. que diz: "Olha, acabou a visita. A gente deixa entrar um pouquinho, para quebrar um galho, mas de manhã não pode entrar visita nenhuma..."

T. (Enf<sup>a</sup>) chega, com uns papéis na mão e diz: "é triste ser babá de médico". Pergunta aos médicos se fizem o pedido do L.4. Refere-se ao pedido individualizado de antibiótico que tem que ser feito para que a farmácia libere o antibiótico. Não foi feito ainda. F. (Enf<sup>a</sup>) pede, com um pouco de raiva e ironia, que o acadêmico libere um determinado papel que ela precisa muito. Dr.F.pergunta para A. se tem éter. Ela diz para ele procurar no carrinho. Dr.F. sai com o frasco de éter na mão. Volta com o éter e a meia preta da perna direita puxada sobre a calça branca e todos nós rimos abertamente do ridículo da figura dele. Ele permanece sério. A. (Enf<sup>a</sup>) se deita sobre o balcão de tanto rir. Dr.F. pergunta insistente pelo Dr. C.A. e sai então pelo corredor da Central.

11.00 - Vou embora.

#### 5.01.84 - duração: 4 horas

7:15 - Estou na sala de Enfermagem. Seria o horário de passar plantão. Estão presentes do horário da noite: Z.P. (Enf<sup>a</sup>), M.(Enf<sup>a</sup>) e T.(Enf<sup>a</sup>); do dia A.(Enf<sup>a</sup>), B. (Enf<sup>a</sup>) e A.L.(Enf<sup>a</sup>). Depois chegaram D.(Enf<sup>a</sup>) e V. (Enf<sup>a</sup>).

A pergunta: "Como vai a minha doentinha do L.2?" Z.P. diz que as únicas pessoas de cabeça boa aqui no CTI são o L.2 e o L.3, que são pacientes procedentes de clínica psiquiátrica. Z.P.(Enf<sup>a</sup>) diz que o paciente do L.6, em estado gravíssimo, quer ir à Caixa Econômica retirar um dinheiro, no que ele argumenta que é melhor deixar lá mesmo porque está rendendo juros. O paciente insiste e Z.P. diz ter pensado que ao menos os juros serviriam para pagar um caixão maior e diz para o paciente que a esta hora (deveria ser de madrugada) o trem está cheio e que o paciente deveria es-

perar pelo trem das 11 horas. O ambiente é de total descontração e de muita brincadeira. Comenta-se os casos dos pacientes com muito bom-humor. A.(Enf<sup>a</sup>) conta que ontem à tarde ela chamou o plantonista médico para atestar um óbito no L.5 (os acadêmicos de medicina são novos no CTI e sem experiência de lidar com doente crítico). O médico achou melhor aguardar um pouco mais (este médico é reconhecido por todos como preguiçoso e incompetente quanto a tratamento intensivo) porque os acadêmicos estavam "assim"...

A.(Enf<sup>a</sup>) respondeu que os acadêmicos não tinham que achar nada, que quem tinha que achar era ele. Os acadêmicos sempre em torno do leito e A.(Enf<sup>a</sup>) com a evolução sobre o óbito já pronta e o seu relatório dizendo que o óbito havia ocorrido às 18 horas. Já perto das 19hs, a paciente foi dada como morta e o acadêmico responsável pelo leito estava no RX vendo as chamas dela, quando nervoso soube da situação. Chegou e disse que achava que ela estava morta.

"Você não acha nada, tem muito que aprender, viu?" disse A. A.(Enf<sup>a</sup>) é muito respeitada pelos médicos acadêmicos e todo o pessoal de enfermagem por ser competente e dedicada ao paciente, no entanto é a enfermeira que diz mais verdades na 'cara' dos outros. De vez em quando briga, mas nunca teve questionada sua competência; em termos de relacionamento, já foi chamada atenção várias vezes.

C.A.(médico) entra e pede à A. que se coloque um aviso na porta de entrada, porque ela vai cair a qualquer hora. A.responde que isso já está assim há muito tempo.

"Ah, é?... Desculpe, já não está mais aqui quem falou."

"Eu só não quero que ela caia em cima de você. Quero que caia em cima do Dr.F. (chefe dos médicos). Todos riem porque este chefe não é querido nem pela equipe médica nem pela Enfermagem. Os médicos respeit-

tam-no muito e não soube nunca que tenham contestado uma ordem sua.

A.(Enf<sup>a</sup>), começa a fazer o café. Começa um entra e sai de gente para tomar café com pão e manteiga (os dois últimos são fornecidos pelo hospital e trazidos pela servente). A Melitta automática foi dada por um médico do serviço para a Enfermagem do CTI, para ser usada principalmente nos plantões à noite.

10:00 - Quatro médicos sentados na sala da Enfermagem tomando café. Um deles, que ainda não havia me visto, me cumprimenta rapidamente. Quando o encontro à noite, no plantão, sozinho, ele é muito mais expansivo, me abraça, me beija e diz que sou bonita e cheirosa. Foi bastante frio e formal hoje de manhã.

11:00 - Vou embora.

31.01.84 - Duração: 2:30 hs.

17:30 - Acabo de chegar. Dr.A. (médico), no corretor do CTI, pergunta pelo "amor da vida dele", dizendo que já vai embora. A.(Enf<sup>a</sup>) que estava ocupada com o paciente do leito 9 se aproxima e os dois se abraçam.

A.L.(Enf<sup>a</sup>) e eu conversamos e eu digo que isso é amor antigo. Ele diz que é platônico. E diz que é porque ela (a enfermeira) quer assim, porque ele já fez todas as propostas que sabia. Não há nenhum médico na Central. A.(Enf<sup>a</sup>) pede a A.L.(Enf<sup>a</sup>) que vá ver o leito 1. É um paciente que é protegido do chefe dos médicos e que quando tem alta do CTI vai para casa andando.\*

\* Quando um paciente tem alta do CTI, ou seja, não apresenta mais risco de vida, ele é transferido para uma unidade intermediária e só então poderá ter alta para casa. No caso acima citado, o paciente é admitido no CTI por outros motivos que não o risco de vida.

Segundo A.L.(Enf<sup>a</sup>), transferiram uma criança nefrectomizada (retirada cirúrgica de um rim) para entrar este paciente, que veio andando. A. e A.L.(Enfermeiras) e D (Enf<sup>g</sup>) "empurram" o paciente um para o outro e ninguém quer ir. Pela distribuição dos leitos, deve ser A., mas ela diz que não vai; eu digo para A.L. (Enf<sup>a</sup>) que o doente não tem culpa e ela me responde que ele é um "porre" também. O CTI está calmo. Há uma pessoa sentada no sofá do corredor, parece parente de um paciente. A.L.(Enf<sup>a</sup>) diz que vai conversar um pouco com ela. A.L. me pergunta se a tese está pronta e o que eu estou fazendo aqui. A.L.(Enf<sup>a</sup>) me diz que o paciente do L-1 teve uma insuficiência respiratória.

17:50 - O paciente do L-1 diz que o Dr.F.(chefe dos médicos) disse que ele deveria fazer 5 nebulizações por dia e que ele não fez nenhuma. D.(Enf<sup>a</sup>) diz que ele é um "chato".

18:30 - As enfermeiras preparam a medicação. Não há nenhum médico do staff na Central. Alguns acadêmicos de medicina circulam. O CTI continua muito calmo. Três acadêmicos em torno do L-4 preparam um paciente para ter uma subclávia punctionada. A.(Enf<sup>a</sup>), sentada na Central, escreve a evolução dos pacientes. A. (acadêmica de medicina) auxilia o outro acadêmico, que com gorro e máscara vai punctionar a subclávia. A.(acadêmica de medicina) caminha por entre os leitos. Aliás, não é punção de subclávia e sim traqueostomia (abertura cirúrgica da traquéia).

18:40 - O acadêmico pede álcool iodado e A.(Enf<sup>a</sup>) diz que não deveria dar porque hora de fazer traqueostomia é 15h e não 18:30h. A.(acadêmica de medicina) diz para Dr. J.(médico): "Olha J., a A.(Enf<sup>a</sup>) está brigando com a gente." Dr.J.(médico) faz um jeito manhoso e diz:

"Que foi?" A.(Enf<sup>a</sup>) responde: "Não venha não, meu coração não se derrete mais, tá duro que nem pedra." Dr.J.(médico) diz que vai fazer a traqueostomia em 10 minutos. A.(Enf<sup>a</sup>) diz que se for para fazer em 10 minutos, então que o acadêmico tire logo as luvas e ele calce logo. Os 3 acadêmicos e Dr.J.(médico) estão sem ninguém da Enfermagem fazendo a traqueostomia. Um auxiliar de enfermagem observa à distância. A.(Enf<sup>a</sup>) lê os resultados do laboratório e, quando vai lendo os resultados negativos, ri muito e diz que não acredita. Conta que uma vez mandaram água da torneira como se fosse líquor e o laboratório mandou toda a bioquímica positiva no resultado. O laboratório do hospital tem muito pouca credibilidade.

19:00 - É hora de mudar o plantão. Estou na Central. M.(Enf<sup>a</sup>) chega e diz: "Ainda não chegou". Quer dizer que como enfermeira ainda não chegou. D.(Enf<sup>g</sup>) quer passar o plantão mas ela diz que não recebe. Na sala de Enfermagem, D.(Enf<sup>g</sup>) passa o plantão para R.(Enf<sup>a</sup>). Começa do leito 1 ao 7, dizendo o estado clínico do paciente, cuidados e diagnóstico. R.(Enf<sup>a</sup>) diz que o CTI está "podre"; os curativos não estão sendo feitos nem à tarde e nem à noite. Me explicam que antes os curativos eram feitos pela enfermagem, mas o Dr.F.(chefe do serviço médico) resolveu que são os médicos que têm que fazer, para tomarem consciência dos curativos e porque têm que ensinar para os acadêmicos. Os médicos não viam os curativos, pois era a Enfermagem quem fazia e eles escreviam na evolução coisas diferentes (por exemplo, a enfermeira evoluía um caso como sendo uma fistula e o médico, no mesmo doente, escrevia que não era fistula). Mas o Dr.F. só explicou isso assim para a chefe das enfermeiras; a comunicação que saiu era em termos de punir as enfermeiras como se elas não soubessem fazer os curativos.

e por isso eles passariam a ser tarefa médica. Os médicos já disseram que não vão fazer e D.(Enfº) diz que não fazem mesmo e que Dr.F. (médico chefe) não tem autoridade sobre eles. Os acadêmicos querem que alguém ensine, mas as enfermeiras, como de acordo com o comunicado não sabem fazer, se negam então a ensinar.

21.03.84 - duração: 2:15 h

7:50 - Na sala das enfermeiras, algumas enfermeiras da noite e outras do dia. Fala-se sobre tudo e A.(Enfª) pergunta sobre um paciente. "Morta em vida", responde Z. (Enfº). Mais tarde chega o café. Todos se servem. Um médico entra na sala e me entrega uma carta.

8:30 - Na Central, médicos sentados escrevendo e prescrevendo. Enfermeiras de pé, num canto da Central, manipulando e lendo as prescrições. Só vejo duas enfermeiras junto ao paciente. Uma enfermeira vai fazer vestibular de novo e eu perguntei para quê, e digo que eu faria Psicologia. Ela diz: "Deus me livre, fazer outra coisa que dependa desta corja destes médicos." Fala brincando e todos riem muito. As enfermeiras, de pé, discutem assuntos de tratamento do doente. Conversam com um acadêmico que cumprimentam com um beijo no rosto. O movimento no CTI é grande. Faz-se a higiene dos pacientes. Um médico permanece todo de branco no hospital, com a mesma roupa que veio de casa. Um outro médico está todo uniformizado com roupa verde, mas sem sapatilhas. As enfermeiras usam sapatilhas de um modo geral. A Enfermeira Chefe arruma uns pães, provendo um armário de vários formulários. Dois médicos conversam sobre um doente atrás de mim. As enfermeiras permanecem num canto do CTI, algumas sentadas, e também o técnico do laboratório, conversan-

do sobre o serviço e outros assuntos. Duas enfermeiras, sentadas na mesma cadeira. Dois acadêmicos sentados na Central, prescrevem. Os dois médicos continuam passando o serviço um para o outro, sobre um determinado paciente que parece que vai morrer. Diz que a paciente do L-2 está morta. Um médico está sentado. O outro de pé, um pouco afastados do grupo de enfermeiras. Os acadêmicos prestam atenção no que os dois médicos falam. As enfermeiras, alheias à conversa, continuam a combinar sobre uma reunião do CTI, uma festa acho eu, para umas vinte pessoas. Um médico se despede (são 8:55h) e volta dizendo que o chefe ligou dizendo que não poderá vir e pede que seja substituído por um outro médico diante do hospital, e que hoje é dia de visita médica. Pede que o caso da sua doente seja adiado (a discussão), pois não estará presente para a visita médica e propõe para amanhã. As enfermeiras estão uniformizadas em verde, roupa do CTI: no mínimo com uma saia branca e a blusa verde. Dois acadêmicos de medicina estão todos de branco. Um doente começa a gemer. Há um acadêmico de medicina sentado na Central; bem de frente para este leito. A enfermeira pergunta ao paciente o que ele tem e diz que já vai ver. Duas enfermeiras junto ao leito mexem na doente para melhorar a náusea e o vômito. Um acadêmico chega perto. Os outros acadêmicos e staff continuam sentados. A enfermeira consegue desobstruir a sonda nasogástrica. O doente pára de gemer. A enfermeira diz: "Só matando, mesmo". "E fogo" diz a outra enfermeira. Um médico na Central, de pé, que fala com os acadêmicos, é chamado para atender o telefone. As enfermeiras falam entre si num canto da Central. Os trabalhos, por profissão, são executados quase que silenciosamente, não fossem algumas conversas. Algumas enfermeiras, junto aos pacientes, tricotam soros, roupas e fazem curativos. Outras colocam horário na medicação. Ao lado dessa atividade física

intensa, os médicos discutem casos dos pacientes, pedem exames e fazem prescrições. Uma médica entra na Central toda de branco, tênis e um casaco de jeans azul desbotado nas costas. Não cumprimenta ninguém e vai direto para a Central olhar uma chapa de Raio-X.

9:20 - As enfermeiras cuidam (manipulam) dos pacientes. No momento não se vê nem um médico perto dos pacientes.

2.04.84 - Duração: 3 horas

18:45 - Na Central, uma enfermeira e três acadêmicos de medicina. Todos anotam em silêncio. O CTI está muito calmo. Só se ouve o som em ciclo dos respiradores mecânicos.

19:05 - As três enfermeiras da noite já chegaram. A.(Enf<sup>a</sup>) passa o plantão sentada no balcão da Central. Dois a acadêmicos de pé, perto do paciente do L.4. Uma Enfermeira prepara a medicação. Uma enfermeira e um acadêmico conversam na Central, sobre um incêndio que nouve ontem. Muitos risos. Não há nenhum médico do staff na Central. O ambiente é silencioso. As pessoas deslizam entre os leitos. Dois acadêmicos na Central lêem os prontuários. Não há mais ninguém dentro do CTI. Dois enfermeiros na sala de preparo da medicação. Conversam muito alto, dã para escutar de longe. Entra um médico do staff, só de uniforme branco, e chama alto, fazendo um túnel com as mãos em volta da boca, chamando um acadêmico que está do outro lado do CTI, junto a um leito. Dois acadêmicos de medicina e um médico do staff ao lado de um paciente aparentemente em coma. O médico vai comentar cada caso para deixar o plantão. Os acadêmicos estão com a roupa verde, menos as sapatilhas. As enfermeiras, do lado de fora, preparam a medicação na sala de pre-

paro. O CTI está muito calmo. Os acadêmicos e um médico percorrem o CTI, parando junto aos leitos para os comentários do médico. Uma acadêmica chega para junto deles, com o roupão verde semi-vestido na metade dos braços. A visita do médico com os acadêmicos continua. Vale notar que os acadêmicos e residentes médicos vivem o CTI durante o seu tempo de estágio como se fossem do staff. No momento, o hospital tem internos de enfermagem (não há residentes neste ano; a existência de residência em Enfermagem é flutuante, pois o INAMPS ora oferece, ora retira). As fórmulas continuam afixadas nas paredes. Uma enfermeira passa perto do grupo de acadêmicos e médico e continua reto, sem nem virar o rosto. O grupo se separa. Os acadêmicos vêm para a Central e o staff sai. Os enfermeiros permanecem mais tempo na sala de medicação. Os acadêmicos continuam lendo os prontuários na banca da Central. Os enfermeiros estão com uniforme verde completo, inclusive sapatilhas. Uma enfermeira folheia uma papeleta por sobre o ombro de uma acadêmica que está sentada e permanece quieta lendo um prontuário.

19:30 - Os acadêmicos ainda lêem os prontuários na Central.

21:15 - A impressão que se tem é a de que os médicos e acadêmicos "andam" e os enfermeiros "caminham" por entre os leitos. Um médico do staff entra com passos firmes e atravessa a Central. Chama uma enfermeira e pede uma coisa em relação ao doente do L.1. O paciente permanece algum tempo como está, porque há uma tarefa intermediária que deve ser executada pelos acadêmicos. As enfermeiras conversam na sala de medicação e dizem que não vão fazer, porque é a acadêmica que deve fazer aquilo. Antes de começar o trabalho, o médico do staff lê por algum tempo uns papéis. Agora o movimento é maior, porém ainda muito menor que du-

rante o dia. As enfermeiras permanecem conversando na sala de medicação. A acadêmica entra e pergunta pelo termômetro. A enfermeira diz que não sabe onde tem, não tem para emprestar e diz para procurar no carrinho. As pessoas, médicos e acadêmicos de medicina versus enfermeiras só conversam, em poucas palavras sobre a tarefa em questão.

21:30 - Vou embora.

\* \* \*