

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Marcia Simoni Fernandes

**A PRODUÇÃO E A GESTÃO DO CUIDADO: NOTAS
CARTOGRÁFICAS DOS ATOS CUIDADORES DO ENFERMEIRO NO
COTIDIANO HOSPITALAR**

Ribeirão Preto

2006

Marcia Simoni Fernandes

A PRODUÇÃO E A GESTÃO DO CUIDADO: NOTAS
CARTOGRÁFICAS DOS ATOS CUIDADORES DO ENFERMEIRO NO
COTIDIANO HOSPITALAR

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de doutor.

Linha de pesquisa: Análise crítica da Enfermagem enquanto profissão

Orientadora: *Profa Dra Elizabeth Laus Ribas Gomes*

Ribeirão Preto

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Fernandes, Marcia Simoni

A produção e a gestão do cuidado: Notas cartográficas dos atos cuidadores do enfermeiro no cotidiano hospitalar. Ribeirão Preto, 2006.

234 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Ribas-Gomes, Elizabeth Laus.

1. Gestão do cuidado. 2. Processo de trabalho do enfermeiro. 3. Cartografia.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcia Simoni Fernandes

A produção e a gestão do cuidado: notas cartográficas dos atos cuidadores do enfermeiro no cotidiano hospitalar

Tese de Doutorado em Enfermagem Fundamental no Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Linha de pesquisa: Análise crítica da Enfermagem enquanto profissão

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Elizabeht Laus Ribas Gomes
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Assisnatura: _____

Profa. Dra. Vanda Elisa Andres Felli
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de São Paulo
Assisnatura: _____

Profa. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Universidade de Caxias do Sul. Faculdade de Enfermagem
Assisnatura: _____

Profa. Dra. Rosane Azevedo Neves da Silva
Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Faculdade de Psicologia
Assisnatura: _____

Profa. Dra. Adriana Kátia Corrêa
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Assisnatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos amigos que sempre estiveram ao meu lado, incentivando e acreditando que eu poderia ir muito mais além. O meu profundo agradecimento pela escuta sensível e pelas palavras de reforço e otimismo. Com o apoio de vocês eu pude me reerguer várias vezes, mesmo quando o cansaço e o desânimo eram intensos. Vocês foram o meu alento, o desejo de prosseguir e a certeza de que a vida sem amigos é triste e vazia.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço aos meus pais, Luiz Carlos e Maria Helena e ao meu irmão Luiz por me fazerem compreender que a luta e o aprendizado não se encerram com o término de uma Tese. Obrigada pelo carinho e amor de vocês.

Ao Fernando, que entrou em minha vida e soube entender as minhas ausências. Você me acolheu e fez com que os momentos difíceis se tornassem suaves.

AGRADECIMENTO

Ao meu bom Deus, que sempre está ao meu lado. Me carregas-te em seus braços nos momentos de cansaço... E assim, pude prosseguir.

À professora Dra. Elizabeth Laus, que me acolheu e orientou o trabalho. Obrigada pela disponibilidade e pela paciência durante o meu processo acadêmico.

À Capes pelo apoio financeiro que muito contribuiu para a realização do estudo.

Aos meus alunos, pelo incentivo e pelas alegrias que me propiciaram durante todo o processo de construção do trabalho. Vocês são os meus verdadeiros professores!

À Simone, amiga querida. Obrigada por ter se preocupado comigo e pelas leituras que fizeste do meu trabalho.

À Tanara, amiga de todas as horas. Te agradeço muito pela ajuda nas disciplinas e pelo apoio durante o meu processo de produção. Você é prova de que competência não se adquire apenas através de títulos acadêmicos. Tenho aprendido muito contigo!

À Isabete Polidoro, por ter revisado o meu trabalho várias vezes com muita dedicação.

À minha amiga querida Carla Spagnol, que mesmo distante se fez presente. Sua alegria é contagiante e tens a determinação de uma verdadeira guerreira.

Ao Jeverson, pelo apoio e pela disponibilidade em me ajudar nos momentos em que eu não estava presente em Caxias.

À Suzete Marchetto Chefe do Departamento de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul, o meu agradecimento pelo incentivo e pela amizade

À Velmara Gomes, secretária do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, pela acolhida e disponibilidade em ajudar nos ajustes finais do trabalho.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul. Há um pouco de vocês nas linhas e entrelinhas do estudo.

À Universidade de Caxias do Sul, o meu agradecimento pela liberação concedida.

Ao Hospital, especialmente a Gerente de Enfermagem Marlí, por terem propiciado a minha entrada na instituição. Muito obrigada!

Às enfermeiras, que participaram do estudo. O meu sincero agradecimento.

Ao Professor Dr. Alcindo Ferla, pela sinceridade e seriedade que demonstrou ao ler o trabalho. As críticas foram construtivas e me ajudaram sobremaneira na melhoria do texto. Tens a minha admiração e o meu carinho.

À Professora Dra. Rosane, pela disponibilidade e paciência. A sua ajuda trouxe expressivas contribuições ao estudo. Foram grandes momentos de busca e aprendizado. Você foi amiga e inspiradora.

*À Professora Dra. **Vanda Feli**, que muito me acolheu e me encorajou. Muito
obrigada!*

*À Professora Dra. **Adriana**, pelo apoio e pelas importantes contribuições.*

*Aos professores que atuam comigo na área Fundamental, especialmente ao
Rossano. Obrigada pelo incentivo e pelo carinho.*

*E a **todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram na realização do estudo.*

“A revolução se faz através do homem, mas o homem tem de forjar, dia a dia, o seu espírito revolucionário”

(Che Guevara)

SUMÁRIO

RESUMO
ABSTRACT
RESUMÉN

1 EM BUSCA DO CAMINHO: LIMITES E POSSIBILIDADES DE UMA PESQUISADORA CATÓRGRAFA NASCENTE.....	18
2 AS PRIMEIRAS INQUIETAÇÕES: SAÚDE, FORMAÇÃO E TRABALHO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM.....	23
2.1 O CAMPO DA SAÚDE E SEUS DESAFIOS.....	24
2.2 FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E O SUS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	31
2.2.1 BREVE HISTÓRICO DA ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM: ELEMENTOS PARA SE PENSAR A GERWENCIA NO TRABALHO DO ENFERMEIRO.....	34
2.3 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO HOSPITALAR: ALGUNS QUESTIONAMENTOS.....	39
3 EM BUSCA DE TÔNUS TEÓRICO ÀS INQUIETAÇÕES DA PESQUISADORA.....	47
3.1 A ESQUISONÁLISE: CONHECENDO UM POUCO DO TRAJETO A SER NAVEGADO.....	48
3.2 O CUIDADO E A GESTÃO DO CUIDADO: A PRODUÇÃO ATOS CUIDADORES NO TRABALHO DO ENFERMEIRO.....	55
3.3 O HOSPITAL E SUAS IMPLICAÇÕES COM O ESTUDO: REFELTINDO O PROGRAMA E A ESTRATÉGIA ANTE A TRAMA CONCEITUAL.....	59
3.3.1 TECNOLOGIAS/FERRAMENTAS DO CUIDADO NO CONTEXTO HOSPITALAR: PROGRAMA OU ESTRATÉGIA.....	69
3.4 A GENEALOGIA DAS PRÁTICAS DE CUIDADO E DE GESTÃO E SUAS CONFIGURAÇÕES HISTÓRICO-SOCIAIS.....	73
3.4.1 GÊNERO, A DICOTOMIA ENTRE CURA E CUIDADO E A CRIAÇÃO DE EQUIPAMENTOS INSTITUCIONAIS.....	78

3.4.2 A DOENÇA COMO DESORDEM E A ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO HOSPITALAR: TRABALHO/PRODUTIVIDADE.....	91
3.4.3 A REORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL E O DISCIPLINAMENTO DOS CORPOS: O PODER COMO EXERCÍCIO E O SABER COMO REGULAMENTO.....	97
3.4.4 O FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS MÉDICO-HOSPITALARES: A ASSISTÊNCIA CURATIVA E A FRAGMENTAÇÃO DO TRABALHO.....	106
3.4.5 O INDIVIDUAL, O COLETIVO E A CONCRETIZAÇÃO DO SUS: REGRAS DE BIOSOCIABILIDADE E CONTROLE DOS CORPOS.....	110
4. ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO.....	116
4.1 A GENELOGIA FOUCAULTIANA: UMA TÁTICA DE CONSTRUÇÃO.....	117
4.2 CARTOGRAFIA: A SINGULARIDADE DESSA VIAGEM E A BUSCA POR OUTROS TERRITÓRIOS.....	121
4.3 O LOCAL DO ESTUDO: A CARTA NAÚTICA E O PREPARO DA EMBARCAÇÃO.....	123
4.4 OS INSTRUMENTOS DE NAVEGAÇÃO.....	126
4.5 COMO FOI EXPLORADO O MATERIAL PARA ANÁLISE.....	130
5. TERRITÓRIO DAS PRÁTICAS	134
5.1 MÁQUINA PARANÓIA: CAPTURAS E PRODUÇÃO DOS SENTIDOS...	136
5.1.1 A LIDA COTIDIANA É UMA PARANÓIA: MÁQUINA DE CAPTURA.....	138
5.1.2 A PARANÓIA DO TRABALHO FRAGMENTADO: UMA FACETA PRESENTE NO TRABALHO EM SAÚDE.....	161
5.1.3 A PARANÓIA NA ROTINA DE VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS: A ENFERMAGEM CAPTURADA PELA NORMA INSTITUCIONAL.....	176
5.1.4 O SABER/PODER E SUAS ASSIMETRIAS: O ENFERMEIRO E A PARANÓIA DO NÃO SABER-PODER	182

5.2 MAQUINA DESEJO: ALGUMAS DESCAPTURAS.....	190
5.2.1 A PRODUÇÃO DE ATOS CUIDADORES COMPARTILHADOS: SUTILEZAS QUE REVELAM POTÊNCIAS.....	193
5.2.2 EM BUSCA DE FERRAMENTAS QUE QUALIFIQUEM OS ATOS CUIDADORES: O DESEJO DE COMPARTILHAR E APRENDER.....	199
5.2.3 EM BUSCA DE UM MOVIMENTO QUE DESEJA A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO: ESCUTAS E VOZES.....	205
6. A TRANSITORIEDADE ANUNCIADA	209
REFERÊNCIAS	219

ANEXOS

A COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

B ACEITE DA INSTITUIÇÃO ESTUDADA

C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RESUMO

FERNANDES, M. S. **A produção e a gestão do cuidado: notas cartográficas dos atos cuidadores do enfermeiro no cotidiano hospitalar.** 2006. 234p. Tese (Doutorado): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este é um estudo situado dentro da abordagem qualitativa, que teve como intuito partir para uma “viagem” nos territórios da gestão e do cuidado. Questionamentos circundaram o momento de escrita acerca da formação e do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar, tendo como pano de fundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Questiona-se: no contexto hospitalar, o atos cuidadores do enfermeiro estão centrados nas demandas dos usuários, como um elemento articulador de saberes e práticas, tendo em vista as propostas de integralidade e humanização? O objetivo delineado foi cartografar os atos cuidadores do enfermeiro no contexto hospitalar, analisando as linhas postas em ação e as superfícies predominantes, com suas potências e resistências, para a produção da vida. Buscou-se tópicos teórico às inquietações postas, com a construção um mapa conceitual que abordasse o cuidado, a gestão do cuidado e as implicações do hospital com a temática, sendo possível, lançar mão de uma trama conceitual, com destaque aqui para alguns conceitos pertencentes à esquizoanálise, à saúde coletiva e outros referentes a área da enfermagem. No segundo momento da construção do mapa, realizou-se a desnaturalização das práticas de cuidado, fazendo uso da Genealogia Foucaultiana, culminando com a criação de quatro configurações das práticas de cuidado, objetivando desbloquear o tempo histórico para que, através de uma problematização de objetos tidos, como evidentes, se pudesse ressignificar o presente. As estratégias de produção do conhecimento constituíram-se de dois momentos: a utilização da Genealogia Foucaultiana, que possibilitou parte da construção do mapa conceitual. No segundo momento, realizou-se uma cartografia dos atos cuidadores do enfermeiro no contexto hospitalar. Selecionou-se uma unidade de internação de um hospital filantrópico, que presta atendimento a usuários do SUS. Efetuaram 62 horas de observações focadas no trabalho dos enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde, que foram registradas em um Diário de Bordo. Fragmentos do Diário foram postos ao lado de escritos teóricos, poemas, lembranças, dialogando com o mapa conceitual, fazendo-se uma espécie de bricolagem. No território das práticas, visualizou-se a formação de dois micro-territórios: Máquina Paranóia e Máquina Desejo. A Máquina Paranóia caracterizou-se por modos instituídos, capturados pelo tempo, pelas regras, rotinas com tendências castradoras e antiprodutivas, pelo trabalho fragmentado, que fragmenta o paciente e pela paranóia do não-saber-poder. Os atos cuidadores dos enfermeiros revelaram a produção de cuidado, cortada por linhas de segmentaridade dura e circulares, configurando-se, muitas vezes, em um descuido, esfriando os corpos cuidados, transformando os pacientes em uma “carga”, não possibilitando a construção de sua autonomia. Detectou-se que a gestão estava focada no procedimento, não sendo o usuário um marcador do cuidado. A Máquina Desejo revelou potências nos atos cuidadores, permeada pela escuta/acolhimento e pelas tentativas de transversalizar a equipe de saúde, sendo a gestão uma estratégia para a produção do cuidado, cortado por linhas de fuga. Condiserou-se a necessidade de os enfermeiros e docentes (re)pensarem conceitos, buscando um diálogo mais efetivo com as práticas cotidianas hospitalares, em prol do fortalecimento do SUS. Dessa forma, uma das estratégias visualizadas é a possibilidade de criação de espaços coletivos de análise e reflexões acerca do processo de trabalho em saúde e do modelo de gestão hospitalar. O ensino, por sua vez, necessita ser refletido, no que se refere a utilização de conceitos/ferramentas que produzam impacto no trabalho cotidiano do enfermeiro ante as demandas dos usuários, no aspecto individual e coletivo, da equipe de saúde e do próprio serviço de saúde, libertando-se da amarras que reforçam a hegemonia e a subserviência.

PALAVRAS-CHAVE: gestão do cuidado, processo de trabalho do enfermeiro, cartografia.

ABSTRACT

FERNANDES, M. S. **The care giving production and management: cartographic notes on the nurse's care giving practices in the hospital routine.** Dissertation (Doctoral). 2006. 234p. Ribeirão Preto: University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2006

This is a study in the fields of quality aimed at going on a journey into the territories of care management. Questions about the nurse's learning and duty in the context of health care were also included, having as scenary the principles of the Sistema Único de Saúde (SUS) – the Brazilian public health care service. It was inquired if the nurse's care giving practices were centered in the patients' needs, if they were acting as articulators of both knowledge and practice, having in sight the integrality and humanization proposals. The design objective was: to cartograph the nurse's care giving practices, in the hospital context, analyzing the lines put into practice and the prevailing surfaces, with their power and resistance to produce life. Theoretical sustenance to inquietude was searched, drawing a conceptual map, broaching care management as well as the hospital implications towards the theme, keeping hand in a conceptual plot – esquizoanalysis concepts and collective health mainly. At the second moment of drawing the map, denaturalization of care giving was carried out by using the Foucaultian Genealogy, creating four care-giving-practice configurations, aiming to unblock historical time for the redefinition of present time through what was considered evidence. The strategies for knowledge production were obtained in two parts: first, the utilization of the Foucaultian Genealogy to construct part of the conceptual map; second, a cartography of the nurse's every day chores, in the hospital context, was outlined. A 62-hour observation was performed in a clinical surgical hospitalization unit which served beneficiaries of the SUS. The nurse's work process, observed during the morning and afternoon shifts, was recorded in a Log Book. Fragments of the Log Book were placed next to theoretical texts, poems, memories, turning into a dialogue between these writings and the conceptual map. A type of craftsmanship work was done. In the practice territory, two micro territories were uncovered: that of Paranoia Machine and that of Desire Machine. The Paranoia Machine is characterized by instituted methods that had been captured by time, rules, routines with castrating and antiproductive tendencies, by fragmented work, and by the non-knowledge-power paranoia. The nurse's care giving practices revealed a care production marked by hard and circular segmentarity lines, configured many times into careless acts, cooling the cared bodies, turning the patients into a "burden", not giving them chance, this way, to construct their autonomy. It was detected that the care management was focused on the procedure itself, with the beneficiary being not a care giving marker. The Desire Machine revealed a power for the care giving practices, permeated with listening and hospitality, managing as a strategy for care production traversed by escape lines. The nurse's needs were considered; lecturers rethought concepts, searching for a more effective dialogue with the hospital practices for the strenghtening of the SUS. One of the visualized strategies was the possibility of creating collective spaces for the analysis of the work process on health care, and of the hospital managing pattern. The teaching must rethink of the utilization of tool/concepts that are able to produce an impact on the nurse's work in face of the beneficiary's individual and/or collective needs, of the health staff, and of the health care service itself, becoming released from the bondaries that reinforce hegemony and subservience.

Key words: care giving management, the nurse's work process, cartography.

RESUMÉN

FERNANDES, M. S. **La producción y gestión del cuidado: notas cartográficas dos actos cuidadores do enfermeiro em el cotidiano del hospital.** 2006. 234p. Tesis (Doctorado): Escuela de Enfermería de Ribeirão preto. Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Este es un estudio, situado dentro del abordaje cualitativo, que tuvo como objetivo partir para un viaje en los territorios de la gestión y del cuidado. Interrogaciones referentes a la formación y al trabajo del enfermero en el contexto hospitalar, estuvieron presentes, teniendo como tela de fondo los principios del Sistema Único de Salud (SUS). Se preguntó, si en el contexto hospitalar, los actos cuidadores del enfermero están centralizados en las necesidades de los usuarios, tomando “el cuidado” como un elemento articulador de saberes y prácticas, teniendo como objetivos, las propuestas de integralidad y humanización? El objetivo delineado fue: cartografiar, los actos cuidadores del enfermero, en el contexto hospitalar, analizando las líneas puestas en acción y las superficies predominantes, con sus potencias y resistencias para la producción de la vida. Se buscó sustentación teórica a las inquietaciones, construyéndose un mapa conceptual abordando el cuidado, la gestión del cuidado y las implicaciones del hospital con la temática, utilizando una trama conceptual, con destaque para algunos conceptos pertenecientes a la esquizoanálisis, a la salud colectiva, entre otros. En el segundo momento de la construcción del mapa, se realizó la desnaturalización de las prácticas del cuidado, haciendo uso de la “Genealogía Foucaultiana”, culminando con la creación de cinco configuraciones de las prácticas del cuidado, objetivando desbloquear el tiempo histórico para que a través de una problemática e objetos tenidos como evidentes se pudiese resignificar el presente. Las estrategias de producción del conocimiento se construyeron llevando en consideración dos momentos: la utilización de la genealogía foucaultiana que posibilitó parte de la construcción del mapa conceptual. En segundo momento, se realizó una cartografía de los actos cuidadores del enfermero en el contexto hospitalar. Se eligió una unidad de internación de un hospital filantrópico que prestaba atención a los usuarios del SUS. Se efectuaron 62 horas de observaciones, focalizadas en el trabajo de los enfermeros de los turnos de la mañana y tarde, que fueron registradas en un “Diario de Abordo”. Fragmentos del diario fueron colocados al lado de textos teóricos, poesías, recuerdos, dialogando con el mapa conceptual, haciendo una especie de bricolaje. En el territorio de las prácticas se visualizó la formación de dos micro-territorios: Máquina Paranoica y Máquina Deseo. La Máquina paranoica, se caracterizó por formas instituidas, capturadas por el tiempo, por las reglas, rutinas con tendencias castradoras y antiproductivas, por el trabajo fragmentado, que fragmenta al enfermo y por la paranoica de no-saber-poder. Los actos cuidadores de los enfermeros revelaron la producción de cuidado cortada por líneas de segmentaridad duras y circulares, transformándose muchas veces en un “descuidado”, esfriando los cuerpos cuidados, transformando los enfermos en una “carga”, imposibilitando la construcción de su autonomía. Se detectó que la cuestión estaba enfocada sobre el procedimiento, no siendo el usuario un marcador del cuidado. La Máquina Deseo, descubrió potencialidades en los actos cuidadores, permeable por las escuchas/acojimiento y tentativas de transversalizar el equipo de salud, siendo la gestión una estrategia para la producción del cuidado, cortada por líneas de fuga. Se consideró la necesidad de los enfermeros y de sus profesores repensar conceptos,

buscando un diálogo más efectivo con las prácticas hospitalares, en favor del fortalecimiento de SUS. Una de las estrategias visualizada, es la posibilidad de la creación de espacios colectivos de análisis sobre el proceso de trabajo en salud y del modelo de gestión hospitalar. La enseñanza precisa reflexionar sobre la utilización de conceptos/herramientas que produzcan impacto en el trabajo del enfermero ante las necesidades (individuales y/o colectivas) de los usuarios, del equipo de salud y del propio servicio de salud, librándose de las cuerdas que refuerzan la hegemonía y la subservencia.

PALABRAS-CLAVES: gestión del cuidado, proceso de trabajo de enfermería, cartografía.

*1 EM BUSCA DO CAMINHO: LIMITES E
POSSIBILIDADES DE UMA PESQUISADORA
CARTÓGRAFA NASCENTE*

Esta é uma pesquisa que teve como intuito registrar uma viagem em busca de novos territórios. O que levar? São tantos livros, artigos, autores, amigos, lembranças... Havia muito espaço na mala, mas como preenchê-la sem deixar nada para trás?

Partir é sempre difícil!

Ao se observar a bagagem como um todo, parecia que, por mais que se separem os itens, os objetos, os mesmos se fundiam, sendo difícil saber onde era o começo, onde era o fim e onde nos encontrávamos de fato.

Enfim, deixou-se as elocubrações repousarem, para que se pudesse pensar no caminho a ser navegado e nos rumos a tomar.

O estudo gerado não foi concebido como algo posto, verdadeiro, inviolável, mas como uma produção de muitas, diversas subjetividades, sendo que cada leitor - pesquisador poderá reinventar seu próprio trajeto, tendo em vista as diferentes *performances*, sensações, cores e sabores.

Considera-se que a proposta deste estudo não nasceu em um momento específico, sendo resultado de um longo caminho percorrido, permeado por inúmeras construções, desconstruções e reconstruções, ou seja, tal produção não iniciou a partir de uma sequência linear, já que muitas foram as idas e vindas. Houve sentimentos de insegurança e incertezas em momentos de introspecção. Vivenciou-se uma grande batalha interna, que, aos poucos, foi sendo amenizada, porque era sabido que o estudo não se reduziria a uma apresentação e discussão, como apenas uma etapa metodológica a ser vencida.

Há que salientar que se passou por momentos angustiantes, uma vez que se achou estranho pensar em produzir dessa forma, fora dos moldes convencionais. Sendo assim, foi-se em busca de respostas às inquietações e, para isso, houve um

mergulho, ainda que de maneira muito tímida, em outras áreas do conhecimento, em especial nas áreas da Filosofia e da Psicologia.

Assim, navegou-se por muitos mares, por diferentes águas, vivendo o caos, tentando a libertação de amarras e castrações, de certos quadros sociais impostos, construindo a si próprio o tempo todo, como sujeito e sujeitado, inspirado e envolvido por muitos cartógrafos errantes.

Adentrou-se em campos conceituais que carregavam consigo uma trama de relações, que puderam criar fluxos, devires e incessantes movimentos de vida, não sendo dessa forma sedentários, estáveis, permanentes ou eternos. Não se esperou adentrar as entranhas dos métodos rígidos, criando pacotes e análises fechadas, visto que o empreendimento foi produzir visibilidades que não estivessem aprisionadas pela racionalidade predominante, na tentativa de buscar outros sentidos.

Portanto, partiu-se, carregando ainda na bagagem as necessidades, mesmo com seus segmentos ainda obscuros, para que, ao final da expedição, fosse possível reescrever a história sem autoria personificada.

Um turbilhão de idéias, desejos e sentimentos convergiu-se e se confrontou ao mesmo tempo. Nos momentos de introspecção, perdiam-se o sono e a tranquilidade, mas já era sabido que não se estava imbuído do desejo de buscar verdades e finitudes, ancoradas em um saber puro e abstrato que não dá conta dos devires da existência.

Essa produção de muitos rostos, diferentes vozes e vivências, contou com o apoio de amigos e professores, que incentivaram a busca de se produzir com liberdade, fugindo das malhas epistêmicas rígidas que sufocam o pensamento.

É necessário pontuar aqui o momento que antecedeu a partida, para que,

no momento seguinte, fosse possível lançar-se ao mar e, tendo em vista tantas e novas leituras, o texto, ora apresentado foi mutilado e esquartejado “n” vezes, na tentativa de dar vazão às próprias linhas de fuga, sujeito ao perigo, à errância e ao abismo, podendo as linhas entrecruzarem-se ou se tornarem incompatíveis.

A partir do ingresso no mundo da docência em enfermagem, foi-se envolvida por um movimento que levou o tempo todo a refletir acerca da atuação do enfermeiro e das suas possíveis frentes de trabalho, conduzindo-se assim a questionar: qual é o objeto de trabalho do enfermeiro? Nessa vertente interrogativa, muitos discursos acadêmicos permeavam o universo profissional, colocando sob foco o cuidado e a gestão do cuidado em enfermagem, alguns com a ambição de sequestrar o sentido e ordenar as práticas, colocando o enfermeiro como o único responsável pelos atos cuidadores

Havia ainda discursos advindos do campo de trabalho, versando que o cuidado, centro da atuação do enfermeiro, estava longe de se concretizar como uma prática própria, em se tratando de contato direto com os pacientes, uma vez que os referidos profissionais assumem outras frentes de trabalho (controle da equipe de enfermagem e do ambiente, além de funções ligadas à gestão), gerando conflitos de identidade profissional dentro e fora da enfermagem.

Dessa forma, percebeu-se que a noção de cuidado estava restrita ao denominado “cuidado direto”, enquanto objeto principal da atuação profissional. Assinala-se, ainda, a ocorrência de um outro movimento no âmbito do trabalho e da formação referente à gestão do cuidado, que se expressou como um meio de *aproximar* o enfermeiro do seu pretense objeto e que, muitas vezes, traduziu-se em uma oposição binária (cuidar *versus* gerir o cuidado).

Inclinada cada vez mais a pensar de um outro modo, queimava a não-

possibilidade de uma resposta que abarcasse toda a complexidade contida no primeiro questionamento acerca do objeto de trabalho do enfermeiro, uma vez que seria necessária a busca da desnaturalização das evidências do senso comum aqui postas, tornando-as objetos construídos e transitórios e abrindo espaço para que se pudesse problematizar o fenômeno de investigação.

Assim, compreendeu-se a necessidade, não de apontar um único caminho, mas de quebrar com a tranquilidade, como um não à normalização, considerando ainda a pluralidade como uma riqueza e uma forma de aproximação da complexidade e dinamicidade do cuidar.

Neste estudo, construíram-se análises, tendo em vista o campo de trabalho do enfermeiro (intra-hospitalar), no sentido de ir buscando desnaturalizar as evidências que foram se esboçando na própria constituição deste campo.

Para que o estudo comece a tomar determinados rumos, considera-se oportuno explanar (no tópico seguinte) as primeiras inquietações da autora, no sentido de enriquecer a bagagem, uma vez que os questionamentos que nele estão presentes funcionarão como combustível e alimento para os navegadores errantes que se aventurarem.

Enfim, por hora, gostaria esta autora de deixar uma mensagem:

[...] Entra no texto e esquece a tradição, memória ou hábito que guia os teus olhos. E me lê queimando em perguntas, pois entre a leitura e a escrita há um espaço incontrolado, todas as forças do fora jogam conosco. Do fora que nos invade, e que fabrica essa sensação de ter dentro. (INFORMANTE, 2004)

2 AS PRIMEIRAS INQUIETAÇÕES: SAÚDE, FORMAÇÃO E TRABALHO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM

Atrás das coisas há “algo inteiramente diferente”: não o seu segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas. (FOUCAULT, 1979, p. 18).

Na vida de pesquisador, muitos questionamentos estão presentes. Assim, optou-se por construir três tópicos no sentido de problematizar a temática em estudo, propiciando originar pensamentos que não fiquem presos a um único porto. Optou-se por dar corpo à navegação, mas do que a projeção das margens de partida ou de expectativa de chegada.

Dessa forma, serão apresentados, aqui, elementos que se constituíram como primordiais para a construção do objeto de estudo, sendo eles: o campo da saúde, a formação do enfermeiro e o Sistema Único de Saúde (SUS) e o trabalho do enfermeiro no contexto intra-hospitalar.

2.1 O CAMPO DA SAÚDE E SEUS DESAFIOS

Iniciando as reflexões, é importante lembrar que uma das grandes metas sociais e das organizações internacionais, proferidas durante a Conferência de Alma Ata, ocorrida em 1978, foi a de que, no ano 2000, todos os povos atingissem um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e econômica produtiva. No entanto, avança-se no milênio e verifica-se que a saúde para todos, tão almejada como um bem inalienável, ainda não foi alcançada, uma vez que muitos indivíduos ainda estão privados de tal direito, demonstrando que vivemos uma situação diversa no que se refere à meta proposta.

Há, no retrato mundial, crises políticas e econômicas e o conseqüente aumento da mortalidade em diversos países de diferentes continentes.

No que se refere ao cenário nacional, vivem-se ainda grandes epidemias de dengue, cólera, Aids e tuberculose. Há também greves no setor da saúde, baixo

controle de qualidade dos serviços de saúde e do setor industrial e o inchaço no setor terciário, com expressiva demanda de pessoas em busca de atendimento e acolhimento. Agregam-se, aqui, ainda, as tensões e os conflitos oriundos do modo de trabalho.

O homem de hoje passa por situações no seu cotidiano pessoal e profissional que o colocam diante de dilemas ético-políticos, trazendo para o contexto contradições e ambigüidades entre o *ser*, o *ter* e o *fazer*, havendo, assim, um intenso movimento que revela a necessidade do sentir, que não é demonstrado apenas objetivamente. Dessa forma, penetrar nesse universo complexo, onde a expressão das subjetividades emerge de modo agudo, exige capacidades que vão além de recursos da racionalidade instrumental que povoou a capacidade de operar a saúde no mundo ocidental desde a emergência da modernidade. No contexto atual, mais do que nos períodos precedentes, é necessário lidar com as metamorfoses do mundo, com a afetividade, criatividade, compromisso e sensibilidade ético/política com a expressão de uma saúde capaz de metamorfosar-se constantemente e de dar vazão à vida com qualidade e intensidade.

Vale dizer que a problemática aqui ventilada afeta também, e de maneira silenciosa (muitas vezes sutil), a produção de subjetividade.

Para Guattari; Rolnik (2000, p. 33) “a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela é essencialmente social, assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares.”

Em sendo assim, o setor saúde, cujas práticas são, por vezes, apontadas como produtoras de padrões de subjetividades ordenadas pelo sistema de valores vigente, também camufla uma crise produtiva, que atinge o mundo todo, expressando-se em gastos com procedimentos onerosos e de baixa resolutividade e

serviços à população que não correspondem às suas necessidades. Acresce-se, ainda, a baixa satisfação do usuário e o não-comprometimento dos profissionais com as demandas de saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo, tratando o corpo, a saúde e a vida como mercadoria. Há um visível desencontro entre os padrões de subjetividade circulantes e a capacidade de respostas das práticas na saúde, que marca uma crise.

Esta crise está presente de forma expressiva nos microespaços, nos hospitais, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos pronto-socorros, locais por onde os usuários passam. É uma crise que alcança os modos de subjetivação:

Uma das características da crise que estamos vivendo é que ela não se situa apenas ao nível das relações sociais explícitas, mas envolve formações do inconsciente, formações religiosas, míticas, estéticas. Trata-se de uma crise dos modos de subjetivação, dos modos de organização e de sociabilidade, das formas de investimento coletivo de formações do inconsciente, que escapam radicalmente às explicações universitárias tradicionais – sociológicas, marxistas ou outras. Essa crise é mundial, mas ela é apreendida, semiotizada e cartografada de diferentes maneiras, de acordo com o meio. (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p. 191).

Há que se ressaltar que a crise na saúde também está relacionada aos modelos de atenção que vêm sendo fortemente questionados devido à baixa resolutividade e à não concretização de fato da integralidade, da humanização, do controle social, alguns dos princípios previstos na Reforma Sanitária Brasileira para o SUS. É uma crise, portanto, que parece marcada na matriz ética e epistêmica que configura essas práticas.

Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991) apontam que a caracterização dos modelos de assistência está relacionada com o próprio conceito de saúde e do que se recorta como objeto de trabalho, os instrumentos e os saberes colocados em ação.

Nesse cenário, os elementos mencionados anteriormente influenciam os atos cuidadores no cotidiano dos profissionais, sendo que os profissionais e os

usuários também conformarão a partir de suas relações, modelos de assistência, ao mesmo tempo em que são também produzidos como trabalhadores e usuários.

Apesar dos esforços para a concretização do SUS, a prática assistencial permanece hegemônica, sendo difícil romper com as segmentaridades instituídas pelo saber-poder, sustentada pelo paradigma flexneriano que está focado na doença. Assume-se aqui o SUS, mais do que uma política de estado, configurada num momento histórico específico, mas como uma força/potência ético-política que suscita a produção de novos padrões estéticos de atuação cotidiana. (FERLA, 2002).

Registrar o SUS como força/potência que suscita mudanças nos padrões estéticos de exercício das práticas no sistema de saúde pretende mostrar uma tensão no núcleo de atuação (e no padrão de subjetivação) dos profissionais de saúde, tal qual configurado de forma hegemônica no ocidente principalmente desde o surgimento da modernidade. É importante assinalar que a equipe flexneriana* toma o corpo como objeto: corpo dos trabalhadores e usuários que são para a produção e para o consumo.

Ressalta-se que a equipe flexneriana é formada por um conjunto de trabalhadores especializados nas partes e nos sistemas do corpo humano, sendo que o principal agente é o médico: entre os médicos há aqueles especializados num determinado sistema e entre eles há hierarquias de saber-poder. Assim, os outros trabalhadores da saúde se somam para dar condições ao trabalho médico e para ordenar um cuidado como somatório de intervenções especializadas com base na idéia de anormalidade anátomo-fisiológica com forte determinação social. (MENDES, 1996).

No que se refere à produção de cuidados, tem-se o desafio de buscar

* O relatório Flexner foi publicado em 1910 pela Fundação Carnegie cujo conteúdo principal tratou de definições de padrões para formação básica e especialização médica e controle do exercício profissional(MENDES,1996)

outras formas de equacionar as necessidades e os interesses dos usuários, dos trabalhadores e das instituições de saúde com a criação de projetos terapêuticos que favoreçam o desenvolvimento da autonomia das pessoas em suas vidas.

A produção de cuidados envolve o conjunto dos trabalhadores em saúde com seus “potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação de seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém”. (MERHY, 2002, p. 123).

Diante da conceituação de Merhy acerca da produção de cuidados em saúde e pensando desde já no trabalho do enfermeiro, no contexto hospitalar, é possível dizer que o enfermeiro não é o único responsável por essa produção, pontuando, ainda, que o campo da saúde, capitaneado pelo capital financeiro, apresenta muitas insuficiências próprias dos atos produtivos em saúde, podendo-se destacar: os modelos centrados e os procedimentos, a ausência de ações integralizadas e unificadas centradas no usuário.

Explicita-se, também, de acordo com Merhy (2002, p. 161), que

para produzir cuidado, tem de primeiro produzir atos de saúde, e que esta relação em si é tensa. Produzir um procedimento é produzir um ato de saúde, mas isso pode ser feito dentro de um certo modo de cuidar, que não é necessariamente “cuidador”.

Silva (2005, p. 81) relata que a forma “compartimentalizada do processo de trabalho com base no controle do tempo e do movimento pode ser traduzida em uma prática produtora de bens de consumo a baixo custo, mas igualmente produtora de sujeitos pouco autônomos e alienados do processo de produção”.

Em se tratando da produção de atos de saúde, é importante pensar que a mesma é formada por segmentos, superfícies e territórios, inseridos em uma lógica capitalística, que não favorece a produção de subjetividades e singularidades que

não estejam a serviço do regime de produção capitalista vigentes, denotando um trabalho massificado pela informação, pela informática, pela mídia, produzindo subjetividades assujeitadas à lógica dominante. O modo de produção capitalista tomou conta de diferentes campos da vida com amplo “domínio sobre o conjunto da vida social, econômica e cultural – e em ‘intenção’ – infiltrando-se no seio dos mais inconscientes estratos subjetivos”. (GUATTARI, 1995, p. 33). Configurou, portanto, também um certo padrão de subjetividade, que pode ser designado de “capitalístico”, segundo Guattari (1995).

Fortuna aponta que

o território instituído da produção saúde se constrói na reprodução de sua significação e muitas vezes interpõe o apagamento da solidariedade e da responsabilização, na polarização trabalhadores/usuários, no sentido capitalístico do viver e morrer. (2003, p. 34).

A quebra do instituído, enraizado que está no próprio padrão de subjetividades, não se configura como uma tarefa fácil e não se concretiza com ações individuais isoladas, sendo necessária a construção de espaços coletivos que envolvam a multidisciplinaridade do trabalho em saúde.

Para Campos os espaços coletivos

são espaços concretos (de lugar e tempo) destinados à comunicação (escuta e circulação de informações sobre desejos, interesses e aspectos da realidade), à elaboração (análise da escuta e das informações) e à tomada de decisão (prioridades, projetos e contratos). (2000, p. 14).

Portanto, esses espaços constituem-se em locais concretos da produção de novos padrões de subjetividade e busca de autonomia dos trabalhadores, ou seja, “um lugar de reflexão crítica e constituição de sujeitos”. (CAMPOS, 2000, p. 14). Mais do que isso, da construção de outra base de compromisso ético-político para esses atores, já que não bastará à implementação do cuidado apenas a construção de coletivos, senão de coletivos comprometidos com a qualificação da vida e a

produção de intensidades para os modos de andar a vida. (FERLA, 2002).

Nessa seara, ao se pensar nos desafios rumo à concretização do SUS e no campo da saúde com suas tensões, disputas e interesses, pergunta-se: a integralidade, a humanização e a construção de espaços coletivos defensores da vida conseguem adentrar o espaço hospitalar e influenciar na produção dos atos cuidadores, que sejam, de fato, cuidadores?

O questionamento realizado reveste-se de importância, uma vez que o hospital ainda mantém o seu *status* de núcleo do sistema e muito pouco tem sido produzido em relação à sua gestão no campo da saúde coletiva. (SILVA, 2005, p. 90).

Outro ponto fundamental se refere à necessidade de reflexão/construção de conceitos que consigam adentrar o território hospitalar e modificar a gestão no interior dos mesmos, levando em consideração as premissas do SUS.

Nessa vertente, a Enfermagem também precisa ousar a se apropriar de uma mistura de conceitos (*mix* conceitual), que produza mais sentidos e impacto nas suas ações cuidadoras cotidianas, com vistas à integralidade e à humanização.

Em regra, compreende-se que os centros formadores deverão estar atentos às demandas atuais de atendimento em saúde, o que exigirá dos futuros profissionais laços e compromissos que auxiliem os usuários a se constituírem como sujeitos. Sobretudo, que deverão estar abertos às mudanças que são demandadas no cotidiano do sistema de saúde pelos diferentes atores.

2.2 A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E O SUS: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Um dos maiores desafios do ensino está voltado para a necessidade de formação de profissionais da saúde para o SUS. Para tanto, é imprescindível que também ocorram mudanças na graduação, no sentido de se construir a integralidade em saúde.

Sedo assim, o que importa não é formar profissionais para os serviços, mas para visualizar novas formas para atuar nos mesmos.

Aponta-se que a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais em saúde com ênfase no SUS, primando pela integralidade, que só pode ser obtida em rede, com qualidade e humanização, levando em consideração o perfil demográfico e epidemiológico e o domínio das tecnologias que qualifiquem a questão individual e coletiva.

É de todos conhecido que a formação tem procurado avançar em relação aos aspectos descritos, propondo mudanças nas estruturas curriculares, nos projetos político-pedagógicos e na própria atuação docente, mesmo em face de tantas incertezas que cercam o cotidiano pedagógico.

Tem-se clareza de que, em tal processo de mudanças, muitas tramas são tecidas e desfeitas, e que construções coletivas passam por individualidades, muitas vezes como um *a priori*, por desejos, formando uma mistura heterogênea com movimentos versos e adversos.

Nada adiantaria discutir sobre o ensino de Enfermagem sem levar em consideração a necessidade de formação de profissionais que sejam críticos e sensíveis às necessidades da população brasileira e ao fortalecimento do SUS.

Segundo Henriques e Acioli, têm-se a necessidade de uma formação profissional que reconheça que:

a produção do cuidado envolve múltiplos sujeitos e precisa ser compreendida a partir da incorporação de ferramentas de diferentes áreas do conhecimento. Principalmente, precisa ser experimentado ao longo da formação, como espaço de integração de saberes. (2004, p. 297).

Entende-se que os aspectos relativos à Enfermagem e ao trabalho do enfermeiro não devam ficar descolados de um movimento que é muito maior, ou seja, da luta para superar o paradigma biologicista e preventivista, focando a ação integral no ordenamento da formação dos profissionais da saúde, que, na verdade, serão, também, construtores da imagem e das práticas do SUS.

Considerando o ser humano como sujeito da construção de sua autonomia, há que se pensar em uma educação que reconheça o homem como um ser constituído socialmente, que tem um projeto e que é capaz de atuar para ser não apenas reprodutor das práticas de saúde, mas produtor de novas práticas. (L'ABBATE, 1995).

Trazer em cena conceitos dessa natureza é abrir-se à possibilidade de refletir o próprio processo de gerência na Enfermagem, que, em muitos discursos, parece estar desconectado do cuidado.

Muito se questiona se a formação dos enfermeiros está indo ao encontro das reais expectativas do mercado de trabalho, bem como da própria profissão, sendo que, no seio das insatisfações e dos conflitos discute-se que o enfermeiro não está sendo formado para cuidar. Sob essa ótica, indaga-se o significado atribuído ao cuidar. uma vez que tem-se a percepção de que há uma certa visão reducionista que o restringe apenas a uma dimensão de cunho eminentemente técnico (o fazer).

Evidencia-se, nos currículos, um forte predomínio da assistência individual ainda com ênfase na área hospitalar, utilizando referenciais das gerências clássica e científica.

As instituições de saúde criam expectativas de receber um profissional capaz

de desempenhar a função gerencial, coordenando as ações de cuidado, executadas por diferentes categorias da Enfermagem. Por outro lado, as expectativas internas referentes aos demais membros da equipe de enfermagem, estão relacionadas a atuação do enfermeiro que prime pelo *cuidado direto* com o paciente.

É importante acrescentar, ainda, a necessidade de serem revistos os discursos dominantes que circulam na Enfermagem que, a nosso ver, não criam espaços que reconheçam as múltiplas realidades e discursos em um contexto de diversidades.

Aponta-se que a massificação de discursos na Enfermagem (o cuidado como objeto específico da atuação do enfermeiro, o próprio conceito de gestão dos cuidados em Enfermagem centralizada especificamente no trabalho do enfermeiro, o cuidado direto *versus* o cuidado indireto, gerenciar *versus* cuidar, etc.) indica a necessidade de se rever o ensino de graduação, refletindo sobre o impacto que os referidos conceitos produzem na lida cotidiana de trabalho do enfermeiro, que, muitas vezes, reforça a linearidade dos aspectos históricos da profissão, a hegemonia médica, bem como a centralidade dos atos cuidadores do enfermeiro desfocado do contexto multiprofissional e do paciente.

Acredita-se que a desnaturalização de alguns conceitos seja uma das formas de trazer contribuição para a formação e o trabalho do enfermeiro, considerando a necessidade de se trabalhar no *entre*.

Observa-se que em muitos discursos acadêmicos, em meio às necessidades sociais e de saúde, tornaram-se sedentários e, de certa forma, obsoletos, por não produzirem diálogos concretos com a prática.

Por outro lado, a incorporação de conceitos como o de integralidade, humanização, trabalho em rede, necessários à qualidade do atendimento em saúde

e a própria concretização do SUS também precisam ser refletidos, tendo em vista a sua potência de utilização em diversos cenários (acadêmicos ou não), com um grifo aqui para o cenário hospitalar em sua totalidade. Tais observações atentam para a possibilidade de utilização de uma trama conceitual que também consiga dialogar com as ações empreendidas pelos profissionais da saúde, suas implicações e pontos nevrálgicos.

Para tanto, considera-se importante tecer algumas considerações sobre a administração no contexto da Enfermagem, focando alguns de seus aspectos históricos, no sentido de fornecer elementos que ampliem as reflexões acerca da gerência em Enfermagem.

2.2.1 BREVE HISTÓRICO DA ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM: ELEMENTOS PARA SE PENSAR A GERÊNCIA NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

A história da disciplina de Administração em Enfermagem, no Brasil, iniciou a partir do século XIX, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros. Dessa criação, surgiram evidências quanto ao primeiro programa de ensino de Enfermagem, no qual eram ministrados conhecimentos de administração do serviço sanitário.

Por volta de 1902 foi iniciado o Curso de Enfermagem em São Paulo, sob a orientação de enfermeiras inglesas, objetivando preparar pessoal para atuar no Hospital Evangélico.

Tal organização se deveu ao fato de que a partir de 1918 iniciaram-se ações sanitárias, mas sem sucesso. Em decorrência do não-controle das doenças

transmissíveis, a partir de campanhas sanitárias, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que enunciou propostas de ordem sanitária, dando origem ao Ministério da Educação e Saúde e, mais tarde, ao Ministério da Saúde.

Com efeito, em 1923, surge a Escola de Enfermeiras Ana Neri, representando

um marco fundamental na história da estruturação da enfermagem como profissão, organizada sob parâmetros próprios, produzindo e sistematizando conhecimentos que subsidiam suas atividades práticas e estabelecendo as normas que regulam o seu exercício profissional. (PIRES, 1989, p.127).

Rizzotto (1995) destaca que mesmo com a regulamentação do programa de ensino da Escola Ana Neri em 1923, a influência americana continuou predominante no que se refere à manutenção das disciplinas contidas na estrutura curricular da referida escola.

Nessa época, emerge o ensino sistematizado de Enfermagem, buscando formar enfermeiros para garantir o saneamento dos portos, principalmente o do Rio de Janeiro, tendo em vista o surgimento de epidemias que influenciavam negativamente nas relações comerciais.

A partir de 1930, a Saúde Pública em suas ações coletivas começou a decair ante assistência médica individual e diante do crescimento dos institutos previdenciários.

Nessa vertente, Gomes em seu estudo aponta que no “segundo currículo oficial, desapareceram as disciplinas de administração voltadas para a área hospitalar, estando só previstas nos cursos de especialização”, surgindo outra disciplina nomeada Princípios de Administração Sanitária, mesmo em face à crescente complexidade hospitalar, que configurava o hospital da época como o principal mercado de trabalho. (1991, p.89).

Portanto, com a incorporação nos hospitais de moderna tecnologia no tratamento aos doentes, a administração transformou-se em uma ferramenta de potência para o trabalho do enfermeiro ajudando, sobremaneira, na organização dos serviços de enfermagem hospitalar, sendo que, o saber administrativo começou a ganhar impulso na enfermagem a partir de 1950. (GOMES, 1991).

Em 1961, com a Lei 2.604/55, regulamentada pelo Decreto 50.387/61, deu-se à passagem definitiva dos Cursos de Enfermagem para o nível superior. (BRASIL, 1974).

Com a fixação de um currículo mínimo, Parecer 271/62, determinou-se a duração de três anos para o Curso de Enfermagem. (BRASIL, 1974). Em decorrência de tal fato, Carvalho (1980) aponta que a disciplina de Administração volta-se para a área hospitalar, sendo reintegrada ao elenco de disciplinas do Curso de Enfermagem, com o nome de Administração.

Segundo Madeira (1997) a Reforma Universitária em 1968 e o Parecer 163/73 que estabeleceu um currículo mínimo para a enfermagem, trouxeram expressivas contribuições para a ocorrência de transformações consistentes nos cursos de graduação, tendo em vista as necessidades sociais emergentes.

Em 1986, com a aprovação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei num. 7.498/86, fica nítida a importância do ensino da disciplina de administração, deixando explicitado na Seção I do documento que “o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe (Privativamente) a organização e direção, planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem”. (BRASIL, 1986).

Leite (1994) relata, em seu estudo sobre a disciplina de Administração em Enfermagem, que o ensino da mesma estava pautado em uma abordagem

tradicional, apontando ainda a necessidade de o ensino da disciplina ser integrado a outras disciplinas no decorrer do curso de graduação. Ressaltou, também, a necessidade de se repensar o processo administrativo que vem sendo desenvolvido nos serviços de saúde, diante das mudanças decorrentes da implantação do SUS e de suas implicações para a prática profissional da Enfermagem.

Quando Leite (1994) afirma que o ensino da disciplina de Administração se pautava em uma abordagem tradicional, outros estudiosos, como Gomes (1991) e Antunes (1991), também demonstraram em suas pesquisas que o ensino repete, na prática, a visão funcionalista da abordagem gerencial dos Serviços de Enfermagem, centrados nas Teorias Gerais da Administração com enfoque burocrático.

Nimtz contribui com essa reflexão, assumindo:

Apreende-se que o ensino da disciplina de Administração em Enfermagem foi conquistando, gradativamente, importância na formação do enfermeiro, pois até então, havia predominado o enfoque técnico-burocrático, mecanicista, funcionalista, enfoque este que, diante das demandas urgentes por transformação impostas pela realidade, não é mais concebível. (1999, p. 27).

Considera-se que a gerência em Enfermagem deve ser pensada a partir da incorporação de novos conceitos e formas de agir, na tentativa de superar, segundo Campos (1997, p. 31), “o eixo central de todas as escolas de administração que buscam de diferentes maneiras reduzir sujeitos humanos à condição de instrumentos dóceis aos objetivos da empresa, transformando-os em insumos ou em objetos”.

Nesse horizonte, Campos ressalta que:

frequentemente o “objeto de trabalho” da administração e do planejamento quase nunca inclui a produção de sujeitos sociais como um dos seus objetivos, ou seja, há uma tradição maior de controlar o pessoal do que outra de estimulá-lo a se produzir como sujeitos autônomos e responsáveis. (1997, p. 263).

Destaca-se, aqui, a função da própria disciplina de Administração, dentro dos currículos de graduação em Enfermagem, como aquela que tem o objetivo de fornecer um instrumental que contribua para a produção e a gestão dos cuidados.

Dessa forma, o conceito de administração ganha expressão diferenciada em relação ao conceito de gestão, uma vez que esse, em última análise, possui maior amplitude no bojo da produção dos cuidados em saúde, visto que se utiliza dos saberes administrativos e não pode ser tomado como aquele ligado à burocracia.

Vale dizer: é possível constatar que a atuação docente nas distintas áreas da Enfermagem trabalha, ainda, conteúdos disciplinares de maneira bastante isolada, com grande foco no aspecto técnico-normativo, não havendo a inserção de instrumentos/ferramentas administrativas, provavelmente respaldada pelo entendimento de que isso é função da disciplina de Administração em Enfermagem.

Por outro lado, acredita-se que quando há a possibilidade de inserção dos mencionados instrumentos/ferramentas, os mesmos podem ainda permanecer presos à técnica e ao normativo, tendo em vista a sua aplicabilidade restrita à academia, com um fim em si mesmo, sem uma relação com a realidade concreta de atuação do enfermeiro.

Em se tratando, especificamente, do contexto hospitalar, perdura ainda a incorporação dos princípios científicos e clássicos da administração no trabalho do enfermeiro, não permitindo que seus atos cuidadores sejam centrados no usuário.

Aponta-se que as organizações de saúde estão sofrendo mudanças, fazendo emergir novos conceitos de gestão na saúde. Tomado nessa perspectiva, que forma as mesmas vêm ocorrendo no ambiente hospitalar? Que princípios administrativos estão presentes?

Reforça-se a necessidade de criar espaços durante o processo de formação

para que se debatam as Políticas de Saúde e suas repercussões no gerenciamento em Enfermagem.

2.3 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO HOSPITALAR: ALGUNS QUESTIONAMENTOS

Diante das inúmeras demandas e dos interesses afetos ao mundo do trabalho, em especial ao trabalho do enfermeiro, vê-se a necessidade de atualizar e revisar conceitos rumo a novos paradigmas, tendo em vista o acelerado processo de mudanças culturais, políticas e econômicas que está (por sua vez) aderido a um forte movimento de globalização.

Diante do mencionado contexto, ao se focar a figura do profissional enfermeiro, não há como deixar de pensar e questionar: Qual é o objeto de trabalho do enfermeiro, tendo em vista a sua atuação no contexto intra-hospitalar?

Observa-se, na sociedade em geral, que a figura do enfermeiro vem revestida daquela idéia ligada ao trabalho médico (executando ordens médicas, auxiliando em procedimentos, etc.), e o enfermeiro como aquele que realiza procedimentos técnicos ou ainda como o profissional que se dilui na equipe de Enfermagem (auxiliares e técnicos de Enfermagem) realizando atividades similares à equipe. Percebe-se, também, usuários mencionarem o enfermeiro como o chefe “que manda na equipe” e que pouco realiza.

Veicula-se, em meios de comunicação, bem como em produções científicas, notas que não diferem o enfermeiro dos demais membros da equipe de Enfermagem, originando zonas de invisibilidade.

É comum ouvir de alunos de graduação, técnicos e auxiliares de

Enfermagem que atuam no hospital e de atores que compõem a equipe multiprofissional, que o enfermeiro “não cuida”, ou seja, que o seu trabalho está ligado a papéis (atividades administrativas) e, nessa direção, estudos científicos como os de Fernandes (2000), Fávero (1996) apontam que o enfermeiro absorve uma carga cumulativa de atividades relacionadas à administração, afastando-se do tão propalado cuidado direto ao paciente, assumindo novos postos de trabalho e outras tarefas que não lhe competem. Isso posto, a figura do enfermeiro não se firma no mercado de trabalho somente como cuidador, mas também como gerenciador de unidades de serviço, de assistência em Enfermagem, organizando serviços de saúde, etc.

Nessa vertente, o enfermeiro assume de maneira mais íntima o que convencionou-se chamar *cuidado indireto*. Por outro lado, o *cuidado direto* é desenvolvido, cada vez mais, pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, que, na verdade, são reconhecidos pelos pacientes como enfermeiros, tendo em vista o estabelecimento de um maior vínculo com os mesmos, executando procedimentos de baixa e/ou de alta complexidade e/ou de risco, que não lhes competem, porém que lhes são delegados pelo próprio enfermeiro como mostra estudo de Fernandes (2000).

Aliado a tal problemática, ventila-se, nos campos de atuação do enfermeiro, com destaque aqui para os hospitais, que esse se sente inseguro na realização de procedimentos de baixa e/ou alta complexidade (punções venosas, sondagens, etc.), surgindo como consequência uma grande insatisfação por parte da equipe de Enfermagem e conflitos no ambiente de trabalho, fatores que interferem diretamente na qualidade da assistência em Enfermagem.

A relação direta tem sido a mais reforçada e assumida pelo conjunto de

trabalhadores em Enfermagem. Pode-se dizer que tal fato decorre da concepção vigente de que a assistência direta ao paciente confere (a esse trabalho) maior visibilidade em relação ao seu fazer do que a criação de condições para que outros profissionais atuem sem que isso lhe atribua *status*.

A referida lógica de atuação aponta para uma valorização do *fazer*, sendo um ponto importante da atuação profissional, pautada no conhecimento histórico de que a primeira forma de expressão do saber em Enfermagem se deu pela técnica e pelos princípios científicos. Foi a partir de tal momento que a Enfermagem buscou se firmar como profissão, sistematizando procedimentos técnicos de cuidado nas primeiras décadas do século XX, ao mesmo tempo que sempre estiveram presentes nos cuidados de Enfermagem, reconhecidas como *arte* de Enfermagem.

O reconhecimento da enfermagem como uma arte é bem antigo, e arte é um conjunto de conhecimentos práticos que mostram como trabalhar para conseguir certos resultados. Uma arte não envolve qualquer entendimento do porquê das obras acabadas. (Mc CLAIN; GRAGG, 1970, p. 15).

Há que se frisar que a técnica pode estar relacionada a procedimentos que são realizados com o paciente, como procedimentos relativos a rotinas administrativas (ex.: admissão e alta de pacientes), bem como a procedimentos que envolvem manuseio de material hospitalar (esterilização, montagem de sala cirúrgica). (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

De acordo como o descrito, corrobora-se com os autores citados acrescentando o fato de que o aspecto técnico não está restrito ao fazer com o paciente diretamente. Pontua-se que nos escritos de Almeida e Rocha, reconhece-se a presença da gestão na arte de cuidar, não estando essa situada em um pólo oposto.

Não é novidade apontar aqui o quanto a função gerencial está repleta de ambigüidades e dualidades, desenvolvendo-se de forma fragmentada e intermitente.

Pensando no trabalho do enfermeiro, a preocupação constante em determinar um objeto único de sua atuação profissional advém de uma necessidade em relação à prática e ao conhecimento (saber), na busca de poder e autonomia técnica, aspectos importantes da profissionalização, e, nesse sentido, a gestão dos cuidados se faz presente em tal território como um nicho específico da prática profissional.

Não são raras as situações em que os enfermeiros são criticados pelo modo como desenvolvem funções gerenciais em detrimento de funções de cuidado direto ao paciente. A crítica se remete predominantemente à ênfase que é atribuída à rotinização das tarefas como forma de alcançar maior produtividade; à racionalidade que é imprimida à organização dos serviços, centralizando as tarefas sociais numa formalização mecanicista, como estratégia para o alcance de objetivos pré-fixados; e à forma como é utilizada a autoridade que advém de uma delegação superior, como estratégia para “manter a ordem” e “preservar a disciplina” no espaço institucional.

Nesse viés, questiona-se: Qual é o significado da função gerencial para o trabalho do enfermeiro?

Em seu estudo, Ribas-Gomes identifica que

frequentemente as representações que não só os enfermeiros mas outros profissionais, especialmente os médicos, fazem da também atividade gerencial e como interpretam tal atividade, geram controvérsias de ordem teórica, bem como prática, nos espaços concretos da produção de cuidados. A ambígua dicotomia que colocam entre o cuidar e o administrar cria a idéia de “sub-qualificação” da função gerencial, cuja atividade é tida como menos importante e passível de ser delegada a profissionais sem qualificação específica. (1999, p. 62-63).

Ainda, no que tange ao cuidado que se nomeia como direto, expressão máxima corrente no discurso dos enfermeiros, observa-se a ocorrência de uma fonte de tensão quando o profissional em questão desenvolve outras atividades tidas

como *cuidado indireto*, que a nosso ver é fruto do pensamento de que cuidar é estar “junto ao paciente”. Mas qual é o significado de cuidado para os enfermeiros?

Reconhece-se a existência de muitas cobranças externas advindas de outros profissionais da saúde, bem como da própria equipe de Enfermagem, que também acreditam que o enfermeiro só exerce o cuidado quando está junto com o paciente, e que outras atividades desenvolvidas a distância podem ser concebidas como um descuidado.

Destaca-se que atividades de tal natureza se constituem em um instrumento de trabalho que contribui para a sua organização. Tomando a gestão como foco, será que a mesma está presa a um processo que a polariza em relação ao cuidado?

Tendo em vista que o trabalho do enfermeiro configura-se como um pilar de sustentação, viabilizando práticas de outros profissionais inseridos na multidisciplinaridade do trabalho, o mesmo deixa de ser complementar para ser essencial e, dessa forma, questiona-se: Por que as atividades de gerenciamento do enfermeiro não têm um maior grau de visibilidade perante a equipe de saúde?

Pontua-se que, no momento em que o enfermeiro delega um grande número de atividades relacionadas ao cuidado, principalmente aquelas de cunho privativo, distancia-se da relação direta com o paciente, provocando um certo grau de (in)visibilidade do seu trabalho perante a equipe de saúde, de Enfermagem e também diante do paciente. Nessa esteira, interroga-se: Se há a preocupação acerca da necessidade de se estar mais próximo do paciente realizando aquilo que se nomeia *cuidado direto*, por que delegar atividades que são precípuas?

Diante de tantos questionamentos realizados, surgem pensamentos ambíguos e duais. Pode-se afirmar que há dois hemisférios que se contorcem: um que sofre paralisias, envolvido por formas de pensar/fazer Enfermagem e que ousa

romper com questões cristalizadas advindas da formação e do trabalho, mas que fica preso em suas próprias entranhas castradoras, e outro hemisfério que se situa em um pólo desejante, conseguindo liberar-se de amarras historicamente construídas. Hemisférios que podem ser comparados a um novelo de lã – fios embolados que podem se transformar em vários desenhos com incessantes movimentos.

Até o momento, o cuidar e o gerenciar se apresentam binariamente no trabalho do enfermeiro. Detecta-se um certo grau de naturalização presente nos discursos e nas práticas que reforçam as aparências.

Portanto, o corpo-pesquisador está queimando em perguntas, registrando estranhamentos, sentidos, não-sentidos e, assim,

não se busca a origem, mas os deslocamentos, as redistribuições de impasse, de limiares, de devires. Não há aprofundamento arqueológico na memória, mas deslizamento cartográfico na superfície: criação de caminhos sem memória. (PELBART, 2000, p. 172).

Até o momento desta escrita, muitos questionamentos se fizeram presentes, de sorte que pode-se lançar a interrogação que se configura como central nesta produção: **No contexto hospitalar, os atos cuidadores do enfermeiro estão centrados nas demandas dos usuários, tomando o cuidado como um elemento articulador de saberes e práticas, tendo em vista as propostas de integralidade e humanização?**

Com o apoio da interrogação central, delineiam-se os **OBJETIVOS** desta navegação: **Cartografar os atos cuidadores do enfermeiro, no contexto hospitalar, analisando as linhas postas em ação e as superfícies predominantes, com suas potências e resistências, para a produção da vida.**

O estudo se justifica partindo da necessidade de compreender ante as

diretrizes do SUS, os atos cuidadores presentes na lida cotidiana do enfermeiro, no contexto hospitalar, no sentido de se refletir um desenho gerencial que favoreça a criatividade, com propostas conceituais híbridas que provoquem impacto no atendimento à saúde, tomando os ruídos como fortes analisadores do processo de trabalho.

Diante da possibilidade de mudar questões instituídas e com os discursos dominantes e naturalizados presentes no pensar/fazer do enfermeiro, convida-se o leitor a fazer parte da viagem. Para tanto, será construído um mapa conceitual, em busca de tónus teórico às inquietações aqui postas.

О МАРА

*3 EM BUSCA DE TÔNUS TEÓRICO ÀS INQUIETAÇÕES
DA PESQUISADORA*

3.1 A ESQUIZOANÁLISE: CONHECENDO UM POUCO DO TRAJETO A SER NAVEGADO

Para dissertar acerca da Esquizoanálise, no sentido de se conhecer um pouco do trajeto a ser navegado, é importante apontar que a mesma integra uma das vertentes da Análise Institucional. A expressão Análise Institucional abarca um conjunto de disciplinas e movimentos que articula conceitos de diversos campos do saber, ressaltando que René Lourau, segundo Hess (2004), foi um dos principais fundadores do Movimento Institucionalista.

De acordo com Baremblytt

o Movimento Institucionalista é um conjunto heterogêneo de, heterológico e polimorfo de orientação, entre os quais é possível encontrar-se pelo menos uma característica comum: sua aspiração a deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos auto-analíticos e auto-gestivos [sic] dos coletivos sociais. (1998, p.11).

O próprio nome que o autor utiliza para designá-lo “Movimento Institucionalista” pretende indicar que não se trata de uma escola, de uma teoria, mas de um ajuntamento de conceitos provenientes das mais variadas esferas do conhecimento, não se tratando, portanto, de pedaços isolados, desconexos ou justapostos. Para Rolnik (1989) os conceitos são capturados de forma antropofágica, misturados e digeridos para inventar direções de concepção.

É importante lembrar que a Análise Institucional começou a aparecer no Brasil no começo dos anos 70, como um modo para se realizar intervenções nas instituições e organizações. Salientamos, ainda, que foi a partir da Segunda Grande Guerra que a mesma iniciou sua ascensão com influências intensas do marxismo, da filosofia do Direito, da sociologia, da pedagogia, da psicossociologia e da própria psicanálise. (MOURA, 1995).

Em regra, a expressão Análise Institucional surgiu em decorrência de a

mesma “não ser considerada uma especialidade de Saúde Mental, correndo o risco de ser reificada como uma técnica da psicoterapia institucional. É no seio dessa problemática que se sugere o nome de “análise institucional.” (MOURA, 1995, p. 40).

É oportuno diferenciar neste estudo *instituições* de *organizações* com a finalidade de se reconhecer o terreno a ser adentrado com suas especificidades. Baremlitt (2002) descreve que as instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser pautas, regularidades de comportamentos. Vale dizer: toda organização está assentada em instituições tomadas no sentido da lógica e que funcionam como reguladoras e como estruturantes de práticas.

Sendo as instituições entidades abstratas, para vigorar, para cumprir sua função de materialização da vida humana, as mesmas têm de se materializar e o fazem por meio de dispositivos concretos – as organizações. As organizações são formas materiais muito variadas (Ministério da Educação, Ministério da Justiça, etc.) e até mesmo em estabelecimentos menores.

Uma organização é composta por unidades menores e de diferentes naturezas – os estabelecimentos (escolas, bancos, etc.), sendo que é o conjunto de estabelecimentos que integra uma organização. (BAREMBLITT, 1998). As instituições passaram e passam por profundas transformações, sendo que tais transformações institucionais, forças produtivas que ali atuam, são chamadas *forças instituintes*.

Baremlitt diz que

este grande momento inicial do processo de produção, de criação de instituições, tem um produto, gera um resultado, e este é o instituído. O instituído é o efeito da atividade instituinte [...], o instituinte aparece como um processo, enquanto o instituído aparece como um resultado. O instituinte transmite uma característica dinâmica; o instituído transmite uma

característica estática, estabilizada. (2002, p. 29, 30).

Notadamente, há uma dialética constante entre as forças instituídas e as instituintes.

Dentro do Movimento Institucionalista, pode-se destacar uma corrente denominada Esquizoanálise, que é considerada por Baremlitt como sendo a porção mais extremista do institucionalismo.

De acordo com Baremlitt (2002), a esquizoanálise consiste na produção de pensares, na montagem de dispositivos com a finalidade de inventar processos produtivos, criativos que neutralizem os movimentos de reprodução e anti-produção sociais, o que converge com o desejo de algo novo na formação e na constituição das práticas, desejo de visualizar novas formas de se pensar o trabalho e o processo formativo do enfermeiro.

Ademais e ainda de acordo com o mesmo autor, o desejo na esquizoanálise pode ser definido não como força criada pela ausência ou falta, mas como uma força inconsciente, uma energia que flui positivamente impulsionando a busca de prazer, levando a produção desejante do novo, do inédito, do que não existe. Nesse horizonte, o caminho da esquizoanálise passa pela produção de um mapa, uma cartografia do vivido. É “um processo de investigação, de produção de conhecimento e de aplicação dos mesmos, para transformar o mundo”. (BAREMBLITT, 1998, p. 54).

Guattari e Rolnik (1989, p. 268) fazem referência à esquizoanálise como sendo “um esforço de mobilização das formações coletivas e/ou individuais, objetivas e/ou subjetivas, dos devires humanos e/ou animais, vegetais, cósmicos”. Relatam, ainda, que a problemática da produção é inseparável da problemática do desejo, ou seja, o desejo com infinitas possibilidades de montagem, não sendo algo

apenas restrito ao campo individual. De sorte esquizoanálise se constitui, para nós entendida como uma ferramenta que, diante de um recorte da realidade, delimita-se um objeto e “aplica-se o aparelho conceitual do institucionalismo para entendê-lo, para saber como funciona, como estão colocadas e articuladas suas determinações, suas causas, como se geram seus efeitos etc.” (BAREMBLITT, 1998, p. 60).

Portanto, a esquizoanálise pode ser feita por qualquer pessoa e em qualquer lugar. Deleuze e Guattari referem que não é uma disciplina ou uma ciência, mas um modo de pensar, um modo de ser, sendo um processo de análise que pode ser protagonizado por qualquer pessoa que tenha interiorizados os princípios teóricos dessa concepção, não implicando uma relação de contratação (demanda, oferta de serviço). (BAREMBLITT, 2002).

Ressalta-se que

não é necessariamente uma atividade coletiva, senão que pode ser dual ou individual. Sequer implica um trabalho de um agente sobre um usuário, mas que pode ser um trabalho feito por um sujeito sobre si mesmo. Mas que tem também um aspecto analítico, ou seja, a compreensão de como as determinações alienantes do sistema, responsáveis pela dominação, pela exploração e pela mistificação, estão presentes em cada uma de nossas atividades vitais. (BAREMBLITT, 1998, p. 84).

Nessa produção teórica são utilizados alguns conceitos, na vertente da esquizoanálise, especialmente aqueles relacionados às linhas e às superfícies de produção, apoiando-se, também, nas obras de Foucault, além de outros conceitos oriundos do campo da Enfermagem, destacando os estudos de Corrêa, Ferraz e Ribas-Gomes, bem como da saúde coletiva com foco nas produções de Merhy, Cecílio, Campos, Ferla, entre outros. Dessa forma, o estudo foi permeado por um *mix* conceitual que colaborou na construção das reflexões e análises.

Vale dizer que os conceitos de Saúde Coletiva ajudaram a compreender as políticas de saúde e as práticas de gestão e produção dos cuidados.

Novas expedições podem fazer emergir outras tramas e olhares, mesmo em terras já exploradas, visto que cada caminhante traça e faz o seu próprio caminho. Para tanto, análises foram realizadas acerca da produção do cuidado não pretendendo focar o enfermeiro como o único protagonista de um cenário, visto que outros atores também protagonizam e tecem a teia dos cuidados em saúde.

Em se tratando da utilização de conceitos oriundos da esquizoanálise, serão apontados aqui alguns deles, que servirão como ferramenta nesse estudo, além de se estabelecer, desde já, algumas relações dos mesmos com o campo da saúde.

Para a esquizoanálise a realidade se configura como um conjunto heterogêneo, composto por três superfícies imanentes entre si, inerente uma a outra: a superfície de produção, a de registro-controle e a de consumo-consumação.

A superfície de produção é composta por matérias não-formadas, por energias em potência. Nela ocorrem os processos produtivos desejantes, com predomínio do funcionamento molecular, onde são montadas as máquinas desejantes, que podem configurar novas formas de agir em saúde. O conceito de máquina desejante compreende o conceito de instituinte e o amplia.

As máquinas desejantes se conectam entre si em operações básicas de fluxo e de corte nas mais diversas direções e combinações, que podem funcionar como máquina que corta o fluxo energético ou como máquina-fonte, que extrai e emite um fluxo energético. Tais elementos, considerados micro ou moleculares vão se conectando e configuram os processos das superfícies de produção, registro-controle e consumo-consumação. (BAREMBLITT, 1998).

Ainda, na configuração da realidade, tem-se a superfície de registro-controle, de predomínio dos processos molares, que correspondem aproximadamente, ao instituído, tendo função de selecionar, capturar, reprimir, formando territórios,

originando um funcionamento paranóico de resistência à mudança.

A terceira superfície é a de consumo-consumação, aquela em que o produzido nas duas outras se manifesta como realização. (BAREMBLITT, 1998).

Matumoto (2003, p. 7) relata que “na rede pública de serviços de saúde há predominância das forças que constituem a superfície de registro-controle, do agenciamento da máquina de sobrecodificação do Estado, que mobiliza forças de resistência à mudança”, não permitindo aos usuários, em nível molecular da relação trabalhador-usuário, decidir questões de saúde de seu interesse.

Nesse modo de funcionamento, ou seja, de predomínio da superfície de registro-controle, os trabalhadores em saúde ficam presos à doença, sobrepondo-se ao usuário e a seus questionamentos. (MATUMOTO, 2003).

No cotidiano de trabalho em saúde, o encontro trabalhador-usuário se compõe por um emaranhado de linhas. Deleuze e Guattari (1999) referem que somos segmentarizados por um emaranhado de linhas que definem estratos do nosso viver, sendo elas: da segmentaridade dura, da segmentaridade circular e pelas linhas de fuga. Portanto, ao se pensar na saúde e, principalmente no contexto hospitalar, faz-se necessário trazer à tona as conceituações das referidas linhas.

A linha da segmentaridade dura é a linha do instituído, que pode ser binária e resulta de agenciamentos duais da sociedade, com escolhas binarizadas como rico-pobre, homem-mulher, cuidar-gerenciar, pensar-fazer. Uma outra espécie de segmentaridade dura é a linear em que os segmentos se encontram homogeneizados, fixando código e território e implicam um dispositivo de poder. São linhas muito pouco flexíveis e constroem uma hierarquia.

A linha da segmentaridade circular pode operar de forma mais flexível quando os círculos não ressoam todos juntos e não caem em um único ponto

central. Por outro lado, podem se tornar não-flexíveis quando todos os círculos ressoam e caem num mesmo ponto central, como, por exemplo, a própria divisão das profissões com centralidade no trabalho médico (círculos que ressoam e caem num único centro).

Como terceira espécie de linha, tem-se as linhas de fuga que expressam fluxos moleculares, quebrando o ritmo do cotidiano, de forma que não se possa mais retornar à situação anterior. São linhas caracterizadas por movimentos sutis que não são facilmente percebidos. (DELEUZE; GUATTARI, 1999).

Vale ressaltar que as linhas da segmentaridade, ou seja, as linhas do instituído predominam na superfície de registro-controle.

Matumoto aponta, por outro lado, que

há sempre o brotar de uma linha de fuga, uma potência de vida que emerge entre essas segmentaridades duras. Surge no meio, com ruptura e provoca uma desterritorialização, um estranhamento no instituído, que impõe a busca de um novo sentido, abrindo possibilidade para a multiplicidade de novos territórios existenciais de auto-referência, mas que pode também se reencontrar no instituído, nos segmentos, na fixação de significados. (2003, p. 18).

Os conceitos de linhas e superfícies aqui ventilados, são considerados de suma importância ao se analisar-se as potências e resistências presentes nos atos cuidadores dos enfermeiros no contexto hospitalar, atentando para o fato de que as potências podem estar registradas de forma bastante sutil, sendo, às vezes, muito ruidosas.

Pensando nos territórios, Guattari e Rolnik (2000) apontam que os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ela é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai

desembocar, pragmaticamente, em toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.

3.2 O CUIDADO E A GESTÃO DO CUIDADO: A PRODUÇÃO DE ATOS CUIDADORES NO COTIDIANO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

Ao se falar em gestão no contexto da saúde, é preciso ter em mente que na área da saúde, como se viu, há diferentes projetos ético-políticos em disputa e, no domínio desses projetos, ninguém governa sozinho e que co-governar é tarefa inerente a todos os membros de uma equipe. Portanto, corrobora-se com Ferraz e Valle quando afirmam que

é preciso começar a metamorfose da enfermagem universitária, tomando-se por base o paradigma ético-estético da Pós-Modernidade. Isto exigirá um pensar e agir diferentes, o abandono ou a diminuição das atividades tecno-burocráticas e o deslocamento para uma atuação dirigida ao cuidado do doente, partilhada no grupo de profissionais e dinamizada de forma interdependente entre o pessoal de enfermagem do hospital e da academia, os médicos e as outras categorias profissionais.(1999, p. 223).

Portanto, o enfermeiro precisa buscar modelos gerenciais mais contemporâneos, desempenhando ações de uma gerência inovadora, possibilitando a melhoria da qualidade da assistência em Enfermagem, maior satisfação da equipe, bem como o alcance dos objetivos organizacionais. (GALVÃO et al., 2000).

Numa vertente próxima à dos autores citados, Merhy (2000) propôs a criação de mecanismos, no interior dos serviços de saúde, que procuram tanto, impactar o modo cotidiano de acolher os usuários quanto o de se produzir responsabilizações entre equipes e profissionais e desses com os usuários, em um movimento combinado de singularização da atenção e publicização da gestão organizacional e do processo de trabalho. Na verdade, esse autor afirma que uma

característica do cuidado que está voltado à constituição de saúde como qualidade de vida é que envolve, ao mesmo tempo e de forma associada, ações de um núcleo clínico e de um núcleo de gestão.

O autor leciona ainda que

o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir desse núcleo em comum, o cuidador, com espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório. (MERHY, 2000, p. 210).

Concorda-se com a idéia do autor, porém, pensa-se que para se tornar concreta é necessário, em se tratando de hospitais, que os mesmos tenham uma estrutura organizacional mais horizontalizada, descentralizando o poder decisório. Entretanto, compreende-se também que pequenas mudanças são passíveis de ocorrer nos microlocais de trabalho, mas, para isso, faz-se necessário que os profissionais, com foco aqui nos enfermeiros, consigam romper com os princípios da abordagem clássica da Administração, refletindo constantemente a possibilidade de reorientação da prática de Enfermagem, no sentido de compreendê-la como parte de um processo coletivo e interdependente de trabalho e essencial ao processo de atenção à saúde. É preciso romper, sobretudo, com uma divisão tornada essencial entre gestão e cuidado, que associou o segundo ao contato com o usuário e a primeira à administração de recursos para viabilizá-lo. Essa divisão fixou a ambos em pólos opostos e lhes atribuiu *status* diferenciado. Mas, sobretudo, seqüestrou sua potência criativa e inventiva e a submeteu às normas e à técnica

É nos microespaços de atuação que são visualizados muitos movimentos de estriagem e alisamento, cortados por linhas que definem capturas e devires incessantes na lida cotidiana. Mas para visualizar esses movimentos, é preciso ter olhar sensível que recoloca no processo de cuidado sua dimensão tecno-

assistencial e gerencial.

Nesse panorama, podem ser mencionados Deleuze e Guattari quando apontam a formação de espaços lisos e estriados. O espaço liso é um espaço nômade, e o espaço estriado é um espaço sedentário capturado por forças instituídas. Os espaços podem traduzir desde uma simples oposição binária a uma

diferença mais complexa, que faz com que os termos sucessivos das oposições consideradas não coincidam inteiramente. Outras vezes ainda devemos lembrar que os dois espaços só existem de fato graças às misturas entre si: o espaço liso não pára de ser traduzido, transvertido num espaço estriado; o espaço estriado é constantemente revertido, devolvido a um espaço liso. (2002, p. 180).

Como ficou dito, por analogia, apreende-se que o trabalho do enfermeiro está preenchido por espaços lisos e estriados, mesmo sabendo que o espaço é constantemente estriado devido à coação de forças exercidas (normas, rotinas, procedimentos e políticas instituídas); observou-se, também, que ele desenvolve outras forças secretando, assim, novos espaços lisos por meio da estriagem, adquirindo um contorno diferente diante das novas combinações e passagens produzidas no contexto do trabalho em saúde.

O enfermeiro se constitui em um emaranhado, compõe essa micropolítica afetando e sendo afetado por uma multiplicidade de possibilidades de encontros, construindo territórios de referência ante a movimentos pró-ativos e reativos na configuração da realidade na qual desejo e produção são imanentes.

É importante reconhecer também que o cuidado tem o papel de mobilizar os saberes em construção dentro e fora da Enfermagem, proporcionando articulação para colocá-los em ação (atos cuidadores).

Reflete-se sobre discussões acerca do cuidado na prática do enfermeiro, definindo-o como um elemento que tem sido apropriado pela Enfermagem no sentido de trazer cientificidade à profissão. Com efeito, trazendo para debate a

questão da integralidade, ou seja, a integralidade do cuidado, observa-se o quanto o discurso acadêmico, dentro da Enfermagem, não considera de fato o cuidado como um elemento que expressa articulação entre saberes e prática, mas como um campo específico da Enfermagem que se esfacela diante do discurso de que “o enfermeiro não consegue desenvolver o cuidado direto”, relacionando-o ao estar/fazer junto com o paciente. Há que se lembrar que é o usuário o marcador do cuidado.

Tomando aqui a idéia de Guattari (1981) acerca do *grupo sujeito* e grupo *assujeitado*, é possível fazer um paralelo com relação à figura do enfermeiro, que se apresenta muitas vezes assujeitada a questões instituídas no ambiente de trabalho, tendo uma *performance* verticalizada, hierarquizada, impedindo o aparecimento de movimentos instituintes – criativos -- operando desse modo num sentido totalizante e estereotipado. Dessa forma, a equipe de Enfermagem não fica à margem de tal processo, tornando-se um grupo também sujeitado na dinâmica do trabalho em saúde.

Pensando na recomposição dos saberes e das disciplinas que se revestem como totalidades completas e acabadas, lança-se luz na direção de novas formas de agir em saúde tomando como princípio a dinamicidade e a provisoriedade, criando articulações entre os saberes e fazeres na produção de um campo (coletivo e individual) de multiplicidades e singularidades, na tentativa de escapar dos processos individualizantes e castradores, ainda presentes no trabalho em Enfermagem, em especial, no trabalho do enfermeiro.

Partindo-se do discurso que o enfermeiro é responsável pela gestão do cuidado, vê-se a necessidade de buscar um aporte conceitual que permita a abertura de brechas para se pensar a própria gestão do cuidado, que expresse um modo de trabalhar em saúde que não esteja centrado em um núcleo específico

profissional (Enfermagem).

Portanto, o enfermeiro no seu cotidiano de trabalho, necessita lançar mão de tecnologias que qualifiquem sobremaneira os atos cuidadores. Segundo Merhy

as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). (2002, p. 49).

Há que se refletir, como e quais tecnologias estão sendo utilizadas pelos enfermeiros, bem como seu impacto nos processos de trabalho.

3.3 O HOSPITAL E SUAS IMPLICAÇÕES COM O ESTUDO: REFLETINDO O PROGRAMA E A ESTRATÉGIA ANTE A TRAMA CONCEITUAL

Partindo da necessidade de se pensar o reencontro entre a gestão e o cuidado como uma das estratégias para a construção de formas de atender em saúde que considerem as principais mudanças paradigmáticas do modelo tecno-assistencial, considera-se de suma importância encarar dois desafios: a forma de como são oferecidos os serviços em saúde no País, que está ancorado no modelo de compra de serviços médicos, caracterizando uma prática liberal e o segundo desafio de mudança, que está afeto ao modo de administrar as organizações e os serviços de saúde, o qual não possui uma teoria de gestão específica no mencionado modelo de assistência.

Em sendo assim, as organizações de saúde, em especial o hospital, ainda se encontram fortemente ancoradas em modelos administrativos permeados pela fragmentação, pelo mecanicismo e pela rigidez, não permitindo a construção da autonomia dos sujeitos (trabalhadores e usuários).

Observa-se um amplo movimento instituinte de reformas com base nas diretrizes do SUS, expressando um avanço jurídico-legal com as normatizações para a sua operacionalização, configurando uma superfície de registo-controle. Por outro lado, os executores do SUS, bem como os usuários, ainda não conseguiram obter o mesmo avanço na prática cotidiana dos serviços, não se transformando, assim, em uma potência produtiva de mudança.

Acresce-se que a formação de profissionais para o SUS também pode se configurar como um movimento instituinte, ao mesmo tempo em que se vê confrontada com muitos desafios, dilemas e atravessamentos (rede do instituído), sendo que o ensino ainda não conseguiu transcender os aspectos da gestão clássica, reproduzindo a lógica compartimentalizada, com base no controle do tempo e do movimento, produzindo sujeitos pouco autônomos.

Em contrapartida, ao avançar (no ensino) na busca de abordagens gerencias mais flexíveis e participativas, não se encontra espaço de operacionalização no trabalho cotidiano, ou seja, não vinga mesmo se caracterizando como uma experiência acadêmica, reforçando a propalada dicotomia teoria *versus* prática.

Focando o hospital, tem-se uma preocupação com a produção dos atos cuidadores que ali se fazem e desfazem, tendo como pano de fundo a concretização e o fortalecimento do SUS, levando em consideração as potências e resistências encontradas no dia-a-dia de trabalho dos profissionais da saúde, em especial dos enfermeiros.

Em razão disso, questiona-se mais uma vez: Que atos cuidadores estão presentes no contexto hospitalar, tendo em vista as diretrizes do SUS (inserção do hospital no sistema de saúde)?

Ao refletir a integralidade do cuidado, tem-se que ter como ponto de partida o usuário e não determinados serviços de saúde. A integralidade deveria transversalizar esses serviços. (CECÍLIO, 2001).

Segundo Silva (2005, p. 87), “um dos locais que conjuga ao mesmo tempo poder e tecnologia dura e é atravessado por inúmeros interesses é o hospital, *locus* de prestígio social que mantém seu *status* ao longo dos séculos”.

Considera-se o hospital como sendo uma empresa que busca produzir serviços,

Entende-se a produção como pertencente a um contexto que abarca saberes separados, fragmentados, compartimentados entre disciplinas. Em contrapartida, essa realidade, que é produzida incessantemente, apresenta problemas que são polidisciplinares, transversais e globais que impedem a visualização/apreensão do complexo.

“O paradigma da complexidade nos abre as portas da lógica da articulação e dá abertura frente à lógica do fragmento.” (MORIN, 1996, p. 91).

Há complexidade onde quer que se produza um emaranhado de ações, de interações e retroações e, nesse emaranhado, não é possível captar todos os movimentos/processos que estão em curso, existindo, ainda, a junção do ordenado/previsível e do desordenado/não previsível. (MORIN, 1996).

Nessa seara, fazemos todos fazemos parte de um universo do qual não é possível afastar a desordem e o imprevisto, e saber lidar com a desordem é um imperativo.

Considera-se, também, que a ordem pode ser representada pela repetição, constância, e que as diversas coisas não podem variar e, nesse sentido,

num universo de ordem pura não haveria inovação, criação, evolução. Não existiriam seres vivos, inclusive humanos. Da mesma forma, num universo de desordem pura não seria possível nenhum tipo de existência, pois não haveria nenhum elemento de estabilidade para que nela se baseasse uma organização. (MORIN, 1996, p. 92).

Por isso, as organizações precisam conviver com a ordem e a desordem.

Barembritt argumenta que há um campo social tomado no sentido macro ou molar e um micro, que também pode ser chamado molecular, e que funcionam um dentro do outro, isto é, incluindo-se no outro.

O macro é o lugar da ordem, é o lugar das entidades claras, dos limites precisos, é o lugar da estabilidade, da regularidade da conservação. O micro, dito tanto no sentido físico, químico, biológico quanto no sentido social, político, econômico e desejante, é o lugar das conexões anárquicas, insólitas, impensáveis. O macro é o lugar da reprodução, e o lugar da produção; o macro é o lugar da conservação do antigo ou da propiciação do novo previsível, e o micro é o lugar da eclosão constante do novo; o macro é o lugar da regularidade e das leis, o micro é o lugar do aleatório e do imprevisível. (BAREMBLITT, 2002, p. 41).

Em se referindo ao hospital, ancorada na perspectiva de Morin, há presente, de forma intensa, um modelo ideal de funcionalidade e racionalidade, que extrapola o aspecto abstrato e se expressa por meio de ações/atitudes humanas com forte apelo ligado à rigidez segundo a qual tudo deve ser programado, aplicando regras impessoais, válidas para todos, com vistas a garantir a funcionalidade.

O hospital é também o local onde está presente a multiplicidade humana que convive com a ordem e a desordem, dentro de um sistema burocrático, que esgota as possibilidades de flexibilidade e adaptabilidade dos indivíduos, e que está permeado pela concepção taylorista.

Foucault (1979, p. 106) diz, em sua obra, que a partir do século XVII se desenvolve uma arte do corpo humano, visto que “começa-se a observar de que

maneira os gestos são feitos, qual é o mais eficaz, rápido e melhor ajustado”, primeiramente nas oficinas e posteriormente no interior do hospital, berço da prática médica.

Lançando um olhar macroestrutural, salienta-se que é na segunda metade do século XVII, com o nascimento da indústria, que surge a necessidade de serem estabelecidos mecanismos de regulação homogêneos e coerentes. O hospital é um dos locais que não fugiu à regra tendo em vista as questões econômicas. No âmbito político, com o aumento populacional na emergência do século XIX e os diversos afrontamentos entre ricos e pobres houve a necessidade de se esquadriñar essa população urbana, como forma de exclusão, ou seja, de marginalização.

Vale dizer que a Enfermagem não ficou restrita à periferia de tal processo de racionalização. Almeida (apud GOMES, 1991) aponta que as técnicas e os procedimentos de Enfermagem começaram a ser organizados no final do século XIX, na Inglaterra, tendo sido um dos pontos fundamentais para uma sistematização inicial do saber da profissão. Aliado a tal saber, o conhecimento de administração em Enfermagem também se constituiu em instrumento de trabalho que contribuiu para organizar o ambiente terapêutico, cujo cuidado era realizado mesmo não havendo uma formalização acadêmica. Com efeito, foi a partir de 1900 que isso ocorreu, incluindo-se no currículo aulas sobre administração e chefia para as *ladies nurses*, sob a égide da racionalização do trabalho, focando a execução de tarefas e procedimentos realizados em um menor tempo possível.

A bem da verdade, o hospital se tornou uma empresa e, segundo Deleuze (1990) “as empresas têm alma” e devido a isso cada funcionário deve atuar em prol de uma missão, não bastando apenas estar na empresas: deve ter pleno envolvimento dentro de um espírito coletivo.

Portanto, as chamadas linhas de segmentarização que atravessam indivíduos e grupos, criadas por Deleuze e Guattari (1999), estão presentes no hospital, imbricadas umas nas outras, existindo, tanto no plano molar quanto no molecular e há entre si naturezas bem diversas.

Silva (2005, p. 86) Comenta que “o plano molar/macro seria o da segmentaridade dura, do visível, dos processos constituídos. Nele encontramos a predominância das linhas duras, como a família, a classe social, as corporações profissionais, etc.” No campo da saúde, o molar pode ser exemplificado com o que ocorre no seio das corporações profissionais, com seus rearranjos e composições.

O plano molecular se refere ao plano dos afetos, “da formalização do desejo, do invisível, onde não se tem unidade, mas intensidades. Nele há a predominância das linhas flexíveis e das linhas de fuga. Essas linhas formariam um sistema de rizomas.” (SILVA, 2005, p. 86).

Vale mencionar que, na saúde, as linhas flexíveis e de fuga estão presentes o tempo todo, seja no processo de trabalho em saúde e seus profissionais, seja na participação do usuário.

Portanto, quando se fala em micropolítica, está-se falando do estudo das linhas de segmentarização e das superfícies de produção.

Tendo em vista os conceitos aqui ventilados, podem ser referenciados os escritos de Morin, uma vez que há um terreno fértil que possibilita uma série de articulações conceituais e analogias.

Morin aponta, ao tecer suas análises acerca da epistemologia da complexidade, que

“há um princípio fundamental de complexidade que é o princípio ecológico da ação. Esse princípio nos diz: a ação escapa à vontade do ator político para entrar no jogo das inter-retroações, retroações recíprocas do conjunto da sociedade.” (MORIN, 1996, p. 284).

O autor complementa *in verbis*:

Um programa é uma seqüência de atos decididos *a priori* e que devem começar a funcionar um após o outro, sem variar. Certamente, um programa funciona muito bem quando as condições circundantes não se modificam e, sobretudo, quando não são perturbadas. A estratégia é um cenário de ação que se pode modificar em função das informações, dos acontecimentos, dos imprevistos que sobrevenham no curso da ação. Dito de outro modo: a estratégia é a arte de trabalhar com a incerteza. A estratégia de pensamento é a arte de pensar com a incerteza. A estratégia de ação é a arte de atuar na incerteza. Certamente, há uma diferença entre a ação e o pensamento, porque há muitos modos de ação que são complexos na prática mas não na teoria. (1996, p. 284).

Notadamente, é possível fazer uma analogia entre o plano molar e o programa, situando aqui o hospital e, em relação ao plano molecular, pode-se vincular a estratégia, apontando para a equipe de saúde, em especial, neste estudo, a equipe de Enfermagem.

O contexto de trabalho engendra situações de tensão que se assemelham a um jogo articulado na complexidade e que necessita de várias estratégias para vencer o sistema imposto.

É importante frisar que o hospital, por ter seu funcionamento baseado num modelo funcionalista/sistêmico, constituído por seus muitos serviços/setores, também necessita sobreviver no mercado e, dessa forma, os atores da saúde que ali atuam respondem ao instituído.

Focando aqui a questão da gestão no hospital, é preciso reconhecer quais são os mecanismos de gestão adotados no cotidiano hospitalar. Não se tem a pretensão de realizar aprofundamentos, mas apenas demarcar alguns pontos para se poder pensar o trabalho do enfermeiro e suas relações com outros trabalhos.

Aponta-se a utilização de duas lógicas: a lógica centrada nas profissões, e uma outra, centrada nas unidades de produção. (CECÍLIO; MERHY, 2003).

No que tange à lógica centrada nas profissões, a referência para cada grupo profissional é a chefia (chefia de Enfermagem, chefia médica, etc.). Os problemas

são tratados apenas entre os trabalhadores pertencentes à mesma categoria profissional.

A outra lógica, a das unidades de produção, a gestão está voltada para os produtos ou serviços, o que envolve outros trabalhadores ou uma equipe com base em organogramas tradicionais. “O fornecimento do serviço ou produto que caracteriza tais unidades (sua missão) é garantido pela coordenação de distintos processos de trabalho de vários tipos de profissionais, que é bem diferente da lógica por profissões”. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 203).

Em relação à gestão do cuidado, vê-se permear relações de comando-execução quando se criam pontos de contato entre as lógicas da profissão e, no que se refere à Enfermagem, que é orientada pelo ato médico, os canais de contato nem sempre são livres ou aceitos, originando muitos ruídos.

Outro ponto fundamental, que também se configura como estratégia, em relação à gestão do cuidado, é o papel articulador, “quase silencioso da prática de enfermagem, no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado”. (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 204).

Nesse cenário, quando se pensa na integralidade do cuidado, observa-se que na prática hospitalar a mesma não ocorre, tendo em vista a necessidade de transversalidade do cuidado, que só pode ser obtido em uma rede muito mais ampla.

O cuidado desenvolvido por *partes* está cercado de relações tensas, tendo em vista a necessidade de ser integrado.

Por outro lado, visualiza-se que a Enfermagem pode assumir um papel estratégico na assunção da gestão das unidades assistenciais.

Partindo do discurso de que a Enfermagem está centrada na dimensão cuidadora,

construindo a integralidade do cuidado em parceria com algumas categorias profissionais, numa relação mais horizontal e realmente negociada, compartilhada, com os médicos as coisas se dão numa relação muito mais desfavorável porque os últimos, na micropolítica do hospital, mantêm, historicamente, relações de poder em relação. (MERHY; CECÍLIO, s/d., p.9).

Em se tratando das unidades assistenciais (unidades de internação), constata-se, em muitos discursos, que o enfermeiro é quem “gerencia o cuidado”; portanto, há impressa, no ritmo de trabalho do enfermeiro, uma articulação que ocorre por meio de pactos (contratualizações), que funcionam como uma espinha dorsal do serviço, para que o cuidado se concretize. Lembra-se que não se está procurando com isso criar uma dicotomia do trabalho do enfermeiro *versus* outros profissionais da saúde.

Assim, corrobora-se com Cecílio (1999) quando aborda que a Enfermagem é um local de poder e que ela tem, de alguma forma, o monopólio da gestão do cuidado.

Tal afirmação foge da lógica naturalizada de que a Enfermagem não tem poder e que sobrevive sob o jugo da hegemonia médica, ou seja, uma relação de dominação, não sendo investida de uma autoridade legal-formal, não obtendo, em consequência, o monopólio da gestão do cuidado. (CECÍLIO, 1999).

Quando se define a atuação do enfermeiro, como sendo a coluna vertebral para muitas outras profissões em uma unidade de internação, observa-se a ocorrência de muitas petições e compromissos, ou seja, pactos entre a Enfermagem e outros serviços, lembrando que os técnicos em Enfermagem também contribuem para as contratualidades.

Ao realizar pactuações para a viabilização do cuidado, o enfermeiro necessita estabelecer também um contrato com a equipe médica, o que pode originar uma fonte de tensões e diversos ruídos, uma vez que o enfermeiro não está

investido de poder formal para lidar com as referidas situações de trabalho, ficando visível que essa relação não se dá de forma horizontalizada.

Pode-se encontrar explicação para o fato acima descrito, tendo em vista que o profissional médico é como se fosse um cliente interno à equipe e

mais do que isso, o médico dá o EIXO e estabelece os RITMOS do cuidado; mantém, cioso, o monopólio do diagnóstico final e da indicação terapêutica, estabelece os ritmos, comanda o protocolo de cuidados, tem o poder de definir sobre o momento da alta e sobre tantas outras coisas que têm uma importância enorme para a configuração da assistência ao paciente. (MERHY; CECÍLIO, s/d., p. 15).

Portanto, realizar contratualizações com médicos horizontalmente, da mesma forma como ocorre com outros profissionais da equipe de saúde e/ou serviços do hospital, implica afetar determinados engendramentos institucionais que colocam o saber médico em posição superior, não denotando uma relação entre iguais (saberes), em prol daquilo que se chama *funcional* no processo de produção.

Atenta-se ainda ao fato de que, nesse contexto está expressa a linha de segmentaridade dura binária entre o curar e o cuidar, que pode ser analisada tendo em vista elementos que foram historicamente construídos e que necessitam de desnaturalização, ou seja, retirá-los do senso comum, trazendo em cena as várias implicações do saber.

Acredita-se que a dita hegemonia médica, constituída histórica e socialmente, sempre esteve no centro dos processos, não implicando um centro móvel de poder. O que se esboça, na atualidade, é o estabelecimento de um poder periférico do enfermeiro nas suas relações horizontais, buscando reforço e consistência a partir do incremento/inclusão de outras tecnologias pertencentes ao cuidado, com destaque aqui ao Processo de Enfermagem (PE).

Destaca-se que as organizações hospitalares, com suas estruturas organizacionais rígidas, aprisionam a subjetividade dos atores sociais, fazendo-os

acreditar que tal esquema funcional é uma forma de harmonizar as relações, ao mesmo tempo em que alimenta a divisão do trabalho, conferindo maior poder ao médico, pano de fundo a ser considerado quando se analisa a produção e a gestão do cuidado.

3.3.1 TECNOLOGIAS/FERRAMENTAS DO CUIDADO NO CONTEXTO HOSPITALAR: PROGRAMA OU ESTRATÉGIA?

Diante das construções realizadas, sinaliza-se que o trabalho do enfermeiro reforça as lógicas do hospital (anteriormente trabalhadas) sendo, portanto, um ator que produz e reproduz o instituído. Além disso, reforça discursos hegemônicos, acentuando a dicotomia entre o cuidar e o curar, na tentativa de firmar-se como um *cuidador* de fato, ancorado no paradigma funcionalista-sistêmico e no seu discurso fundador, como categoria profissional de *cuidadora*.

Um fato que chama a atenção é a existência de uma terceira lógica de gestão do hospital, além das duas outras já trabalhadas, que corresponde à lógica do cuidado, essencial ao funcionamento do hospital, mas que, por outro lado, fica *desqualificada*, uma vez que a mesma é feita, de fato, pela Enfermagem.

Essa *desqualificação* se dá em decorrência de sua inserção em um complexo território de poder do hospital que alimenta a relação de subalternidade em relação ao médico. (MERHY; CECÍLIO, s/d.).

Reconhece-se a presença de tensões em relação a essa questão; por outro lado, acredita-se que os enfermeiros não conseguem perceber-se como articuladores em seus contextos e esfacelam-se diante do discurso do *cuidado direto*, ou seja, fazer com/no paciente, criando dicotomias entre o cuidar e o

gerenciar.

Em relação ao momento de contato direto com os pacientes, observa-se a ocorrência de um *fazer* que responde a uma gestualidade operacional, com um fim em si mesmo, desprovido de vínculo, podendo ser relacionado mais uma vez ao **programa**.

É sabido o quanto é importante adquirir habilidade técnica, mas o que preocupa realmente é o aspecto mecanizado e rotineiro que permeia esse momento de contato tão íntimo com o paciente, que não permite captar outros movimentos circundantes em situações em que afeta e é afetado.

Acredita-se que o *fazer técnico* poderia funcionar como uma estratégia com vistas ao vínculo/acolhimento.

A preocupação em estar na cabeceira do paciente pode ser justificada, pois aí reside a maior visibilidade de atuação perante a equipe de saúde, que envolve um saber (arte e ciência), atribuindo, dessa forma, poder ao enfermeiro.

Propala-se a utilização de tecnologias para o cuidado, que ficam restritas a uma proposta individualizada de atendimento, que não encontra eco no dia-a-dia de trabalho, ficando, assim, presas ao aspecto duro, sendo cortadas por linhas de segmentaridade dura e também circular, linhas essas que se encontram de forma expressiva no ambiente hospitalar.

Lembra-se, ainda, que conceitos também se constituem em ferramentas de potência quando produzem sentidos em uma determinada realidade. Por isso há a necessidade de repensar o próprio conceito de cuidado e de integralidade do cuidado, em busca de outros sentidos para a produção de atos cuidadores.

Em relação à utilização de tecnologias do cuidado, destaca-se o PE, que se constitui em uma tecnologia leve-dura, além de se configurar como um meio para

garantir um corpo de conhecimentos que seja específico do enfermeiro e desenvolvido com cientificidade.

A aplicação do PE ainda se encontra em fase de consolidação no território das práticas, pois se defronta, o tempo todo, com uma lógica de produção de cuidados baseada em princípios cartesianos, toma a si a conotação de anti-produtiva no contexto da Enfermagem que produz, talvez, não-sentidos e não-significados aos atores/enfermeiros que protagonizam tal atendimento.

Acrescentam-se, também: as condições de trabalho pouco favorecem a sua operacionalização no cenário hospitalar, visto que pode ser citado, como exemplo, o número escasso de enfermeiros para um grande contingente de pacientes que estão sob seus cuidados; a influência da própria organização do trabalho, além da grande fragilidade referente à própria bagagem de conhecimentos do enfermeiro, no que concerne ao subsídio das teorias de Enfermagem, como uma condição fundamental para a viabilização da citada metodologia. Há que se somar ainda um certo grau de acomodação dos profissionais (enfermeiros) em seus microlocais de trabalho, onde permeia uma atuação reprodutora do que está instituído, como forma de cumprir um **programa**, sendo que esse, em última análise, é tomado aqui na perspectiva de Morin.

Outro ponto digno de nota é que o PE pode estar segmentarizado pela linha da segmentaridade circular, de uma forma menos flexível, visto que ressoa para um único centro - o trabalho médico - ou pode até mesmo ressoar centralmente para o trabalho da Enfermagem, não permitindo que o usuário seja o marcador do cuidado.

É imprescindível que o enfermeiro e os centros formadores reflitam sobre “como se está operacionalizando”, visto que essa tecnologia do cuidado pode se transformar em uma máquina de captura, desenvolvida com rigidez, mecanização,

não correspondendo a uma **estratégia**.

Pode-se ainda exemplificar tomando como referência a visita de Enfermagem e a própria realização do histórico de Enfermagem. Costumeiramente, manuais de atribuições apontam que o enfermeiro deve realizar visita de Enfermagem leito a leito. Pois bem, pensando nessa mesma visão do **programa**, essa visita pode ser realizada mecanicamente, de forma apenas a se cumprir um protocolo que, provavelmente, está esvaziado de cuidado, centrando-se apenas no fato de se apresentar ao paciente e questioná-lo sobre coisas já indagadas pelos técnicos em Enfermagem, como, por exemplo: “dormiu bem?”; “está comendo bem?”, sem um olhar aguçado às individualidades e aos problemas de saúde.

Na realização do histórico de Enfermagem, o cenário não se modifica, ou seja, o que poderia ser um potente instrumento para o planejamento dos cuidados, acaba transformando-se em um *chek-list*, que não produz acolhimento, porque é desprovido de estratégias de abordagens compreensivas, esvaziado também de uma teoria de Enfermagem que dê sustentabilidade operacional e científica.

Diante das questões aqui levantadas, o que queima e percorre os sentidos é a possibilidade de os enfermeiros estarem produzindo (des)cuidados, cercados pela ausência de reflexões e apoiados em discursos dominantes, historicamente construídos, que denotam dominação e subordinação em relação ao saber médico que pouco responde às necessidades sociais e de saúde na contemporaneidade.

Diante do exposto até o momento, vizualiza-se a necessidade de se realizar uma desnaturalização das práticas de cuidado, buscando refletir a constituição do cuidado, o nascimento e as transformações do hospital e os diversos engendramentos sociais, políticos e econômicos.

3.4. A GENEALOGIA DAS PRÁTICAS DE CUIDADO E SUAS CONFIGURAÇÕES HISTÓRICO-SOCIAIS

A dicotomia entre o cuidar e o gerenciar não advém apenas do campo de trabalho, e sim, mas discurso acadêmico que parte do pressuposto de que as funções do enfermeiro seriam aquelas mais relacionadas ao cuidado direto do paciente, definindo que o objeto de trabalho do enfermeiro é o cuidado.

Contudo, essa evidência do cuidado começa ela mesma a colocar alguns problemas, uma vez que o mesmo torna-se um fato natural tão gritante que acaba sendo desnecessário todo tipo de questão que procure defini-lo.

Fonseca (2000) descreve que o enfermeiro, historicamente, tornou-se um agente cuidador e que, na contemporaneidade, vem assumindo ações gerenciais, como uma consequência da divisão sociotécnica do trabalho em enfermagem e das exigências do mercado.

Há aqui um ponto de reflexão, visto que afirmar que o enfermeiro historicamente tornou-se um agente cuidador configura-se como algo ainda nebuloso e um tanto naturalizado, impelindo a outros questionamentos, que faz emergir desde já um pólo dicotômico entre o pensar e o fazer.

Destaca-se, ainda, a partir da citação de Fonseca uma interrogação acerca do aparecimento das ações de gerência apenas na contemporaneidade, uma vez que a própria história das práticas de cuidado nos remete a uma outra releitura do fato em questão, sem que este permaneça reduzido à simples evidência.

É preciso lembrar também da época em que se cursava uma das disciplinas do doutorado e se debatia exaustivamente o que fazia o enfermeiro e qual seria seu objeto de trabalho. Todos estávamos em uma Torre de Babel, ou seja, falando diversas línguas, chamando a atenção para alguns relatos: “Eu cuido, mas de forma

indireta”; “Eu sou chefe de enfermagem, cuido indiretamente, mas o meu objeto é o cuidado”; “Não tenho tempo para cuidar, estar na cabeceira do paciente [...] as atividades burocráticas tomam o meu tempo.”

As falas mostram o quanto o conceito de cuidado está relacionado a algo *concreto* e não com a função em si; está ligado ao fazer manual, resultando em um contato direto, como se o mesmo não estivesse relacionado ao pensar.

Sem considerar *certo* ou *errado*, estamos diante de diferentes cotidianos, pensamentos, necessidades sociais, de saúde e institucionais. Em face de tantas dicotomias, o foco permanece sendo o cuidado e a gestão, uma vez que os fatos abordados anteriormente trazem consigo elementos que são históricos.

Sem a pretensão de reconstruir a história de forma cronológica, lança-se mão de passagens visando desconstruir as evidências do senso comum, fazendo uma desnaturalização do cuidado; partindo do pressuposto de que o cuidado não está desprovido de aspectos concernentes à gestão, podendo esse sofrer transformações, segundo uma lógica econômica e social. Todos esses aspectos estão aliados ainda ao fato de que a Enfermagem pode estar no centro do processo ou não, realizando contratualizações, exercendo poder construtivo e repressivo em sua dinâmica relacional.

Interessa-nos compreender o movimento com todas as suas implicações, com todos os seus atravessamentos e entrecruzamentos, não apenas de maneira linear/cronológica, visto que os acontecimentos/fatos formam uma grande teia, composta por muitos nós. Sendo assim, ao desfazer qualquer um dos pontos, se estará abrindo a possibilidade para uma rede de outras conexões.

É preciso pensar nas práticas de cuidado segundo sua genealogia. Para tanto, faz-se uso da genealogia foucaultiana, que segundo Silva (2001, p. 19),

permite compreender que “jamais estamos diante de um objeto real concreto (o dado), mas de um objeto real de conhecimento (o construído)” o que ajudará no delineamento do problema de pesquisa. Alguns conceitos de Deleuze, Guattari e Morin possibilitarão novas formas de se olhar e entender os fenômenos, ou seja, um modo de ser e viver o mundo.

Vale mencionar que a genealogia é um procedimento que se concentra nas relações de poder, saber e corpo na sociedade moderna, buscando a singularidade dos acontecimentos, não em sua profundidade, mas nos seus contornos sutis. (DREYFUS; RABINOW, 1995).

Quando se fala na história da Enfermagem, esta não é concebida como uma espiral ascendente, mas sim sendo feita de discontinuidades, rupturas e continuidades. A história da Enfermagem pode ser concebida como um rizoma, que cresce segundo um princípio de conexão, não havendo um centro único. As transformações crescem para todos os lados, sem uma sucessão linear de aquisições contínuas e crescentes, existindo diversos entrecruzamentos, pontos de intercâmbio, com uma multiplicidade de tempos diferentes, de muitas disciplinas, de grupos, de instituições, de capitais: um tecido flutuante, mas que também possui pontos de estabilidade.

Dreyfus e Rabinow apontam:

O intérprete da genealogia olha as coisas à distância. As questões tradicionalmente consideradas mais profundas e complexas são, para ele, literalmente as mais superficiais. Isto não significa, contudo, que sejam triviais ou sem importância, apenas que o seu significado deve ser buscado nas práticas superficiais e não em profundidades misteriosas. (1995, p. 119).

Dessa forma, é preciso refletir as alianças e interfaces que foram sendo esboçadas pela Enfermagem ao longo do tempo. Para isso, precisam ser captadas as linhas, os movimentos, os fluxos, os devires e as forças, para que o apoio não

venha apenas de estratos e de teorias que foram sedimentadas ao longo do tempo.

De sorte que a construção do problema de pesquisa se dará por meio de operadores conceituais, não de maneira explícita, uma vez que os conceitos serão ferramentas que conduzirão pensamentos/reflexões em busca de um movimento criador.

Em suma, a genealogia de Foucault e os conceitos de Deleuze e Guattari serão como ferramentas, possibilitando analisar o que está contido nas dobras, levando a produzir desterritorializações, no que se refere à constituição do cuidado, da gestão dos cuidados e às dicotomias presentes na realidade de trabalho.

Caracterizar o terreno -- no qual se organiza a prática do enfermeiro -- constitui-se na atualidade um grande desafio em decorrência dos vários impeditivos de ordem social, econômica, acadêmica e de mercado e, nesse sentido, há a necessidade de se ter um pensamento menos ingênuo, ou seja, que se dê vazão a novas formas de ver e entender os fenômenos.

Vê-se a Enfermagem resistindo e criando discursos hermeticamente fechados, em que o corporativismo se sobrepõe às questões de saúde da população.

Sem a intenção de trazer receitas ou precisões de uma definição da prática do enfermeiro, busca-se romper algumas amarras históricas para que o problema de pesquisa possa ser esboçado a partir de encontros e desencontros vivenciados no contexto acadêmico-profissional, em relação ao desenvolvimento/organização das práticas de cuidado.

Partindo da afirmação de que o cuidado é considerado intrínseco à vida humana, isso faz com que o mesmo se torne algo natural, o que dispensaria maiores elocubrações em relação à sua definição/significado.

Por outro lado, se o cuidado faz parte da existência humana, seria difícil trazer à tona que a função precípua do enfermeiro é o cuidar, afinal todos cuidam.

Há ainda uma outra ocorrência: se o cuidado, do qual se ocupam os enfermeiros, confunde-se com uma atividade comum, natural e geral aos demais membros da equipe de enfermagem, dividindo espaço com outros atores da saúde, qual seria então a especificidade do trabalho do enfermeiro? Como garantir um corpo de conhecimentos que seja específico à Enfermagem?

Com efeito, considera-se que o cuidado é passível de se constituir em problema e não como algo natural e/ou como objeto institucionalizado pela Enfermagem, mas como aquilo que carrega uma multiplicidade, construída a partir de uma necessidade histórica dentro de um campo onde operam forças, saberes e poderes.

Trata-se, portanto, da determinação do visível e do enunciável em cada época: “Cada estrato, cada formação histórica implica uma repartição do visível e do enunciável que sobre ela se faz; por outro lado, de um estrato a outro há variação da repartição, visto que a própria visibilidade muda de modo, e os próprios enunciados mudam de regime.” (DELEUZE, 19-- p. 74).

Partindo da necessidade de fender as coisas e extrair delas

e da vista as visibilidades, as evidências que são próprias a cada estrato [...] o que se pode concluir é que cada formação histórica vê e faz ver tudo o que pode em função das suas condições de visibilidade, assim como diz tudo o que pode em função das suas condições de enunciado. (DELEUZE, 19-- p. 79-87).

Trilhando a referida lógica, não são abordadas as práticas de cuidado e de gestão de maneira linear seguindo seus períodos históricos. São construídas algumas configurações, entendendo que as mesmas são apontadas aqui como uma superfície de inscrição de um conjunto de práticas que adquirem uma relativa

consistência em um determinado momento histórico, mas não se reduzem a uma descrição cronológica de eventos; lida-se, o tempo todo com a multiplicidade, que é uma conseqüência da “destruição” das evidências.

Nesse horizonte, não é encontrada apenas uma configuração para as práticas de cuidado. Portanto, é de interesse compreender os dispositivos criados por uma determinada configuração, objetivando lançar luz aos problemas com os quais ela se vê confrontada.

3.4.1 GÊNERO, A DICOTOMIA ENTRE CURA E CUIDADO E A CRIAÇÃO DE EQUIPAMENTOS INSTITUCIONAIS

Cada período histórico é determinado por uma formação social específica, trazendo consigo uma caracterização própria que engloba sua filosofia, sua política, sua economia, suas leis, bem como a sua ideologia.

Portanto, o desenvolvimento das práticas de cuidado está intimamente relacionado às estruturas sociais em diferentes épocas.

As práticas de cuidado sofreram transformações, da mesma forma que a doença adquiriu inúmeras concepções, variando de acordo com o momento histórico, e se constituem em elementos de análise.

Ao se consultar diversos estudos que versam acerca da história da Enfermagem, observa-se que neles constam que as “práticas de enfermagem” tiveram seu início desde a época primitiva, mas sem um serviço especializado até então, associadas a um trabalho preponderantemente feminino. Trazendo uma citação de Geovanini, a mesma considera que “a enfermagem está em sua natureza intimamente relacionada ao cuidar das sociedades primitivas.” (2002, p. 7).

Portanto, pode-se dizer que as práticas de saúde consistiam em ações para a manutenção da vida, sendo a prática materna instintiva a primeira forma de manifestação do cuidado.

Vale mencionar que, que as práticas de cuidado desenvolvidas nas sociedades primitivas, tinham como pano de fundo as concepções evolucionista e teológica, defendida por muitos historiadores e antropólogos, ou seja, na visão evolucionista a mulher é a grande precursora do atendimento às necessidades de saúde e, na concepção teológica, coube à primeira mãe, *Eva*, o cuidado com seus filhos.

Entretanto, com o passar do tempo, a associação do homem aos mecanismos de cura resultou em uma forma de poder, estando este, em última análise, ligado à figura masculina. O conhecimento dos mecanismos de cura somado ao misticismo trouxe maior fortalecimento do poder, desarticulado do cuidar e conseqüentemente das mulheres da época. (GEOVANINI, 2002).

Tomando como exemplo tal sociedade, o homem tinha um *status*, exercendo a liderança perante o grupo, de maneira patriarcal, enquanto a mulher se restringia a atividades mais elementares, de cunho doméstico, bem como a atividades de cuidado com crianças, velhos e doentes, reconhecendo já aqui uma *divisão social do trabalho no seio familiar*, havendo a necessidade de liderança na condução ou organização do grupo.

Naquela época, imperava o misticismo e o sobrenatural, e a concepção de doença estava afeta aos espíritos malignos, a um morto ou de um demônio no corpo do enfermo. A terapêutica traduzia-se pela ação em forças desconhecidas realizadas por magos ou feiticeiros, havendo uma forte união entre magia e religião, sendo uma prática predominantemente masculina. O cuidado com os enfermos era

realizado pelas mulheres da própria família, não existindo, portanto, conhecimento especializado ou formas institucionalizadas de cuidado. (SILVA, 1986).

As práticas de cuidado estavam dirigidas à libertação do corpo possuído pelos espíritos malignos, e os disfuncionamentos da sociedade eram tratados de maneira informal, sem a ação de equipamentos institucionais, e estavam concentrados em templos, santuários e escolas.

Com a estruturação da sociedade em classes, surge a casta sacerdotal que incorpora as funções médicas, exercendo um certo tipo de poder, uma vez que a cura envolvia a manifestação da divindade e a crença nos deuses mitológicos. Assim, o dogmatismo religioso era uma forma de exercer o poder.

Nesse contexto, práticas de saúde e religiosas coexistiam na luta contra os demônios causadores de doenças que afetavam o corpo e o espírito. O sacerdote assumia um papel de mediador entre os deuses e os homens, investindo-se das divindades para proceder à cura. Havia uma relação mística entre as práticas religiosas e as práticas de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes no templos.

É importante mencionar que essa prática “mágico-sacerdotal permanece por muitos séculos desenvolvida nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários, escolas, onde os conhecimentos primitivos de saúde eram ensinados.” (GEOVANINI, 2002, p. 9).

Por volta dos séculos V e VI a. C., com os progressos da ciência e da filosofia grega, as práticas de saúde passam por profundas transformações, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza e no raciocínio lógico, não sendo mais uma prática mística e sacerdotal. A saúde ganha uma concepção baseada na causa e afeito e na observação dos fenômenos mesmo

sem o conhecimento anatomofisiológico. Aponta-se que o cuidado continuava sendo uma atividade, desprestigiada socialmente, provida de conhecimentos rudimentares sobre ervas e preparo de remédios, ligado principalmente a mulher e também aos feiticeiros e sacerdotes.

Com o surgimento das guerras bárbaras e a queda do Império Romano, palco de grades lutas políticas, há o aparecimento de grandes epidemias de lepra, sífilis, etc., que paralizaram o cenário político. A necessidade de auxílio e redenção encontra expressão na religião cristã que inicia o seu processo de progressão, aliando-se a nobreza, detendo o momopólio moral, financeiro e intelectual.

Diante do princípios de caridade, bondade e abnegação, leigos movidos pela fé cristã iniciam a prática da caridade, assistindo os pobres e os enfermos.

A partir do momento em que a sociedade inicia um processo de criação de equipamentos institucionais para receber os pobres e doentes, pode-se dizer que se inicia uma mudança nas práticas de cuidado, uma vez que essas estavam voltadas a objetivos que extrapolavam a libertação do próprio corpo enfermo, além do que existiam doentes que não tinham família e pobres tão pobres que viviam amontoados. Nesse horizonte, viu-se a necessidade de criação dos referidos equipamentos institucionais, as chamadas “casas comunais de enfermos”, que, na verdade, deveriam funcionar como substitutas da família, um lugar quase natural da doença, fazendo prevalecer o olhar da compaixão e da beneficência, agregando-se aí ainda casos contagiosos de doença. (FOUCAULT, 2004).

Pode-se dizer, que o surgimento das casas comunais de enfermos abarcou uma concepção “religiosa” do que se pode chamar de quarentena, como uma forma de separar os indivíduos doentes e pobres da sociedade.

Com a criação das “casas comunais de enfermos”, houve a necessidade de

uma certa aplicação dos princípios de organização do ambiente, ainda que de modo não-sistemático em relação aos princípios científicos, além do estabelecimento de algumas normas e rotinas para garantir a realização dos cuidados com vistas à manutenção da sobrevivência dos indivíduos. (FOUCAULT, 2004).

O cuidado praticado por religiosos e mulheres pertencentes à nobreza, tinha a função de salvar a alma dos doentes e dos cuidadores, uma vez que a doença era vista como um castigo divino, e a Igreja (detentora do poder) difundia os princípios de abnegação, serviço ao próximo, amor e fraternidade.

Com relação as cuidadoras pertencentes a nobreza, indaga-se aqui o tipo de atividade que realmente desenvolviam, uma vez que escritos sobre a história da Enfermagem não explicitam tal questão. O cuidado, como uma prática desprestigiada e de pouco valor social, muito provavelmente, não adentraria o cotidiano das senhoras pertencentes a nobreza, por se tratar de uma atividade de manual que exigia um contato íntimo com os pobres e doentes alojados. Pode-se inferir, que provavelmente, as atividades manuais eram exercidas pelas mulheres pertencentes a classes sociais inferiores, cabendo as damas a organização desse espaço, expressando, também aqui, uma divisão social do trabalho.

Observa-se, um certo engendramento político, que está ligado a igreja, ou seja, o valor social não estava ligado ao cuidado como uma atividade, mas sim aos cuidadores que serviam a igreja, imbuídos do desejo de um sistema de pensamento religioso fortemente propalado- a salvação da alma.

Apona-se também, que esses equipamentos institucionais não surgiram apenas com o primordial objetivo de cuidar dos miseráveis, doentes e indigentes em nome da fraternidade, do amor e da salvação das almas, embora naquele momento, muito se propagava a caridade, a beneficência e a fé. É apontado um movimento

muito maior no tecido social, permeado por mecanismos voltados à disciplina e ao poder através da instituição chamada Igreja. Para tanto, normas e rotinas são criadas, havendo a necessidade da presença intensiva dos cuidadores, no sentido de viabilizar o sucesso e a manutenção dos propósitos aqui ventilados.

Outro fato importante em relação aos hospitais medievais, se refere ao enriquecimento da igreja nessa época, uma vez que a mesma era isenta de impostos e tinha o apoio dos poderes públicos e, sendo assim, cuidar dos miseráveis e enfermos era bastante lucrativo ao sistema religioso.

Portanto, pode-se lançar aqui uma outra proposição em relação ao cuidado, não apenas como fonte de salvação, mas como uma atividade envolvida por um discurso dominante, que respondia aos aspectos sociopolíticos e econômicos, que adentra tal terreno, como forma de um certo controle social engendrando a associação da assistência religiosa à assistência à saúde. Não foi meramente por acaso, que a Igreja, senhora do poder, liderou referido movimento, visto que estava intimamente afeta às questões políticas e, nesse sentido, separar os miseráveis, os devassos, as prostitutas e, principalmente os doentes, em mosteiros e hospitais religiosos, era uma maneira de afastar da camada mais abastada e diferenciada da população (nobreza) os riscos de adoecer e a pobreza.

Contribuindo com essas reflexões, Foucault (1979) retrata que a função do hospital medieval era de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.

Não se está negando aqui que os cuidadores da época não estavam imbuídos do espírito religioso de salvação, uma vez que isso é fato. Entende-se que os mesmos serviram como instrumentos manipulados pelo próprio sistema de

produção e, dessa forma, arrisca-se dizer que o cuidar era desenvolvido em grande parte por mulheres, por estar historicamente ligado a atividades femininas (desvalorizadas) e a funções domésticas. Por outro lado, no que se referia à elaboração de um sistema de normas, idéias e padrões de avaliação, eram tarefas destinadas a homens, que controlavam a sua imagem pública.

Desse modo, o cuidado, entendido como fonte de salvação da alma, não tinha a conotação de *status* em si, uma vez que o valor atribuído estava vinculado aos cuidadores ligados ao clero.

Isso nos permite compreender, como uma primeira configuração das práticas de cuidado, ***o momento em que começam a se esboçar no âmbito de uma problemática assistencial, distinguindo-se das práticas informais, tendo como pano de fundo o campo assistencial, onde o cuidado era naturalizado como intuitivo, caritativo e religioso, com uma veste de salvação espiritual, dentro de uma lógica política e econômica com vistas à concentração do poder e o disciplinamento dos corpos.***

A criação dos asilos, mosteiros, mesmo não sendo concebidos como instituições estritamente médicas, serviram como mecanismos disciplinadores enquanto fórmula geral de dominação. (FOUCAULT, 1987).

Como ficou dito, a *primeira configuração* do cuidado carrega consigo uma trama complexa guiada por um forte apelo religioso (pensamento dominante). Vale dizer, que os enfermos eram vistos como aqueles merecedores do mal e que a doença era um castigo enviado por Deus, ou seja, havia um grau de culpabilização por algo que o indivíduo tivesse feito.

Pode-se trazer ainda, para essa primeira configuração do cuidado, o momento em que o mesmo deixa de ser praticado por religiosos com a decadência

do modo de produção feudal que, desde o final do século XIII, até início do século XV, em decorrência de grandes revoluções na economia e pelo retorno do comércio com o Oriente, o regime de servidão aos poucos foi se diluindo em razão de alguns camponeses poderem comprar sua liberdade em decorrência da alta dos produtos agrícolas e da demanda crescente, aliados às inúmeras ofertas de emprego no comércio e na indústria, oportunizando aos servos que fugiam dos feudos uma nova possibilidade de vida e trabalho.

Foi um período de importantes avanços econômicos, políticos e intelectuais. Com o Humanismo e a Renascença, as práticas de saúde progrediram, priorizando o estudo do organismo humano, de seu comportamento e de suas doenças. Universidades são criadas, e a corporação dos estudantes que acompanhavam os cursos recebia maiores privilégios por parte do governo (influências do saber/poder).

Verifica-se a presença de três tipos de assistência, segundo Geovanini:

a assistência aos nobres e ricos, oferecida pelos médicos graduados, que recebiam altos honorários e honorarias: a assistência aos burgueses e artesãos que ficava a cargo de médicos e cirurgiões com formação técnica razoável; e a assistência aos pobres que procedia da benevolência pública e era praticada por curandeiros e barbeiros. (2002, p. 18).

A Reforma Protestante foi um período marcado pelo fanatismo que obcecava os espíritos dos reformadores, resultando em perseguições que culminavam com a queima de *feiticeiras e bruxos*, sendo a figura feminina a principal vítima desse movimento, bem como filósofos e cientistas.

O baixo nível de qualidade da saúde, e a posição de inferioridade da mulher na sociedade, contribuíram para o desprestígio das práticas de cuidado o que caracterizou a sua fase de decadência. Há que se ter um olhar menos ingênuo em relação às referidas questões, uma vez que, a igreja não estava imbuída apenas pelo sentimento de cuidado com os enfermos e pobres, mas sim pelos proveitos

financeiros que podia tirar, ampliando suas riquezas. A partir do momento que a igreja perde sua força política e as religiosas são expulsas dos locais de cuidado, vê-se aflorar o quanto o cuidado nunca foi uma atividade de prestígio, sendo que a presença de cuidadoras religiosas só se deu movida pelo dogmatismo religioso.

O período de decadência, conhecido como *Período Obscuro da Enfermagem*, ocorrido na Europa, mais especificamente na Inglaterra e na França, foi incorporado mundialmente na cultura histórica da Enfermagem, mesmo não havendo ainda uma atualização das práticas de cuidado sobre um conjunto de saberes e práticas específico, visto que as ações não pressupunham ordens médicas ou planos terapêuticos. Em razão disso, o cuidado realizado não exigia uma teoria específica baseada em modelo dito religioso, e as técnicas, por sua vez, eram simples procedimentos caseiros, cuidados de higiene, alimentação e vestuário.

Portanto, o hospital passa ser um “insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças coabitam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos.” (GEOVANINI, 2002, p. 20). Sob exploração deliberada, as atividades de cuidado são confundidas com o serviço doméstico, pela queda dos padrões morais, tornando-se indigna para as mulheres da nobreza.

Nessa seara há, segundo Silva ,

um declínio na assistência gratuita voltada para as camadas marginalizadas da sociedade, onde os serviços de enfermagem passam a ser exercidos por mulheres “sem qualificação moral” (bêbadas, prostitutas) e que não conseguiam empregos nas indústrias e prestavam trabalhos variados, entre eles o cuidado direto aos doentes em troca de baixos salários.(1986, p. 60).

Havia ainda a participação de presidiárias nas atividades de cuidado, como forma de reduzir suas penas. Nesse momento, o cuidar não era visto mais como uma fonte de salvação divina, mas como uma forma de manutenção da própria vida dos cuidadores, ou seja, de sobrevivência.

Em relação a figura do médico, até o século XVIII

não aparecia no hospital; era o médico de consulta privada, que tinha adquirido prestígio graças a um certo número de curas espetaculares [...] pois nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina. (FOUCAULT, 1979, p. 103).

Por conseguinte, embora inúmeras publicações científicas utilizem a expressão “prática de enfermagem ou enfermagem”, não se pode caracterizá-la como tal, pois foi somente a partir do início do século XX que a mesma foi institucionalizada, “sem que se saiba ao certo como surgiu o nome”.

Segundo Houaiss e Villar, enfermeiro é o “indivíduo que se formou em enfermagem e/ou trabalha profissionalmente nesse setor ou [...] qualquer um que cuide de enfermos”. (2001, p. 1.144).

É fato, que a figura feminina incorporou a atividade de cuidar com maior intensidade, e isso não esteve afeto somente a uma extensão das atividades domésticas, pois há que se ressaltar, em relação às questões de gênero, a própria inserção da mulher no tecido social como submissa, passiva, desprovida de um saber/poder.

De acordo com Scott (1995, p. 11), gênero é “um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças anatômicas percebidas entre os sexos. Gênero é uma primeira forma de significar as relações de poder”. Destaca-se em seus estudos a necessidade de desconstruir a oposição binária existente entre masculino e feminino.

A “segregação social e política a que as mulheres foram historicamente conduzidas tivera como conseqüência a sua ampla invisibilidade como sujeito – inclusive como sujeito da Ciência.” (LOURO, 1997, p. 22).

É importante reforçar mais uma vez, que o cuidado nesta época estava

ligado a uma desvalorização da figura feminina, reduzindo a questão gênero como uma simples oposição binária fixa entre homem e mulher, como um conceito normativo expresso na doutrina religiosa-política, evocando significações simbólicas, quase sempre contraditórias. Nessa vertente, pode-se trazer como exemplo Eva e Maria, símbolos da tradição cristã ocidental – mitos de luz e de escuridão, de inocência e corrupção. O que chama a atenção é a posição dominante que emerge, como se fosse produto de um consenso social e não do conflito. Por outro lado, o gênero pode ser tomado como um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado. (SCOTT, 1995).

No que concerne ao “Período Obscuro da Enfermagem”, é sabido que a enfermagem na atualidade ainda carrega sérios preconceitos tendo em vista o citado período. Por outro lado, há também uma forte ligação ao espírito de religiosidade, caridade e abnegação. Profissionais enfermeiros e alunos de enfermagem, mesmo conhecendo pouco a história da profissão, sabem exatamente retratar o dito “período obscuro”, como aquele que mais deixou marcas, atrelando-o ainda ao não-reconhecimento social da enfermagem como reflexo dessa etapa histórica.

Neste contexto, os cuidadores da época (bêbadas, prostitutas, mulheres desqualificadas moralmente), assumiam uma posição de dominados, sob uma égide moralista, como se os mesmos não tivessem valor (em sentido social), desviando-se o foco do cuidado, destituindo-o de uma prática e voltando-se às atenções/julgamentos, apenas para os referidos cuidadores.

Naquele momento, criou-se um juízo moral, talvez na tentativa de escamotear parte da História que até então era movida pelo apelo religioso (amor, caridade e altruísmo), dentro de uma ideologia vocacional.

Será o “Período Obscuro” a única ou a maior amarra que impede uma maior

visibilidade do pensar/fazer enfermagem na atualidade? Enfermos continuaram sob cuidados, mas para a salvação dos cuidadores no âmbito terrestre.

Crê-se que, nas instituições de ensino de Enfermagem os referidos fatos deveriam ser tratados/ensinados enfatizando as diferenças históricas, abrindo possibilidade para outras reflexões no que tange à incorporação do “Período Obscuro”, criando brechas para uma possível desnaturalização do cuidado.

Em reflexões atuais, surge uma crise de pensamento, visto que muitos fatos históricos são ensinados com uma veste de universalização, regularidade, segundo uma composição de conceitos hegemônicos. Assim, abordar o cuidado implica deslocar antigos e régios conceitos, colocando-o como uma prática de saber-poder que pode conter conceitos que podem estar mascarados.

O cuidado não se mostra, de alguma forma, despido de saberes e poderes, visto que se transformou a partir de muitos entrecruzamentos de “saberes de baixo”, denominados por Foucault, “saberes desqualificados, ingênuos, hierarquicamente inferiores, “saberes das pessoas”. Ao mesmo tempo, reconhece-se a existência de saberes hegemônicos que estão também imbricados de maneira muito íntima nos “saberes de baixo”, sendo que tal junção pode trazer em si saberes assujeitados, como sendo aqueles que “se insurgem contra o pensamento centralizador, autoritário, resistindo e podendo ser reconhecido pelos caminhos da erudição e, ao mesmo tempo, dos saberes desqualificados, mesmo ignorados”. (BURMESTER, 2002, p. 36).

Tomando ainda como base a era cristã, arrisca-se dizer que os males que afetavam as pessoas de outrora, considerados como um castigo dos deuses, podem ser comparados com fatos bastante atuais, no que concerne à culpabilização, entendida não como castigo divino, mas como um castigo por não cuidar de si e não

possuir constância da vontade. Esses indivíduos estultos, para os estóicos eram tidos como

aquele que não procura uma existência livre de riscos, torna-se um novo desviante, caracterizado como um indivíduo irresponsável, inapto para cuidar de si, que fornece maus exemplos, eleva os custos do sistema de saúde, e como conseqüência, não cumpre com seus deveres de cidadão autônomo e responsável. (ORTEGA, 2002, p. 157).

É importante demarcar aqui, as principais questões que caracterizaram a *primeira configuração* das práticas de cuidado, trazendo os movimentos que estiveram presentes.

Destaca-se a dicotomia existente entre cura e cuidado, estando a cura ligada a mecanismos de poder e, principalmente à figura masculina, desvinculada de conhecimentos científicos.

Outro ponto fundamental, está afeto ao significado do cuidado como uma atividade restrita ao *fazer* manual provida de conhecimentos rudimentares e adquiridos na experiência cotidiana no cuidado com os filhos e enfermos da família, estando o mesmo não investido de prestígio social e, portanto, enunciado a uma desvalorização da figura feminina, implicando aqui uma questão de gênero, que não está despida de aspectos ligados ao saber-poder, principalmente ante ao dogmatismo religioso.

Aborda-se que as práticas de cuidado foram envolvidas por “sistemas de pensamentos”, como: o miasmático, o místico e o religioso, ressaltando que as questões de gênero transversalizaram-se nas diferentes épocas, estando presente a divisão social do trabalho.

Foi possível reconhecer também, um modo de regulação social que não escapou à *primeira configuração*, tendo em vista o disciplinamento dos corpos. Portanto, viu-se, na referida configuração, formas de assujeitamento da

subjetividade operando, de certa forma, na lógica disciplinar através do esquadramento imposto pelo espaço fechado das instituições de confinamento, sendo os hospitais religiosos um desses espaços.

3.4.2 A DOENÇA COMO DESORDEM E A ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO HOSPITALAR: TRABALHO/PRODUTIVIDADE

Com o surgimento do Estado moderno no século XVII, fica explícito que o povo representava a riqueza de uma nação, Para tanto, a disciplina e a saúde eram bens indispensáveis para que os sujeitos se tornassem produtivos. Havia uma relação entre enfermidade e condição socioeconômica com suas estratificações e divisões de classe, lembrando que os hospitais da época não eram ainda caracterizados como instituições médicas de fato.

É importante dizer que nos séculos XVII e XVIII estabeleceu-se uma nova mecânica de poder, que se exercia por vigilância, que é, enfim, um poder disciplinar. (BURMESTER, 2002). Nessa lógica, o corpo se tornou foco de análise da entidade individual, e o século XVIII representou mudanças nas técnicas de poder para tornar o corpo dócil, a fim de que pudesse ser subjugado.

Na Era Moderna, as nações experimentaram transformações substanciais no que tange ao aparecimento de uma nova filosofia política e econômica, rompendo em definitivo com os vínculos remanescentes do modo de produção feudal. Aponta-se a Revolução Francesa (1789-1799) que lutou pelos ideais nacionalistas contra o despotismo da monarquia; a própria Revolução Industrial iniciada em 1760 contribuiu para a expansão econômica e científica de vários países da Europa, América e Ásia. Tais revoluções marcaram o início da Era Moderna, com o

crescimento da economia burguesa, a dominação cultural européia e a migração dos povos, estabelecendo em definitivo o capitalismo industrial a partir do século XIX.

Com o crescimento e incremento do sistema fabril, como consequência da grande demanda de exportação, típica da política mercantilista, aceleraram-se o crescimento e a urbanização dos grandes centros da sociedade ocidental. Além disso, houve uma migração de camponeses, em decorrência da falência do modelo feudal, culminando com a formação de uma massa popular que foi absorvida em parte pelas indústrias das grandes cidades.

Essa nova ordem impunha um rígido sistema disciplinar que produzia, ao mesmo tempo, todo um processo de exclusão social. Para se adaptar ao sistema produtivo, era preciso submeter-se a um trabalho alienante e hostil.

Assim, temos a imagem do homem sujeitado, submisso ao poder e ao controle do sistema capitalista, traduzindo um modo de captura de sujeição dos corpos, com vistas à produção de indivíduos disciplinados. Segundo Foucault (1975, p. 172), “a disciplina fabrica indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício”.

A saúde não tem importância, como uma necessidade básica, mas como um modo de manutenção da produtividade, uma vez que a doença -- obstáculo à força produtiva do trabalhador -- é também considerada um transtorno econômico-político. Portanto, na tentativa de manter a capacidade produtiva dos operários, a máquina do Estado assume o controle da assistência à saúde, para que a população se mantenha sadia e produtiva ao sistema.

Ao mesmo tempo, observa-se o aparecimento de um grande cinturão de pobreza e miséria, constituindo-se em ameaça à esfera produtiva, resultado do

próprio crescimento da industrialização, no que diz respeito à nova organização do tecido social.

Diante da hegemonia do capital, a prática médica assume um papel de destaque na esfera produtiva, passando a fazer parte dos grupos políticos dominantes e da elite econômica, e as universidades (livres do controle religioso) modernizaram-se, organizando o seu corpo de conhecimento em face das importantes descobertas anatomopatológicas e terapêuticas.

O avanço da medicina favoreceu expressivamente a organização dos hospitais, visto estar aliada a interesses políticos.

No referido contexto, o saber médico (antes confinado apenas aos livros), passa para o espaço hospitalar no sentido de serem estudadas as causas das doenças e, para isso, fatores ambientais necessitavam ser controlados. Tratava-se, portanto, da instauração de um poder disciplinador.

Aí se encontra conformado um novo conjunto de dispositivos e práticas para atender às necessidades da sociedade industrial, mantendo-se a intenção de se regular os disfuncionamentos da sociedade, princípio que marcou a primeira configuração do cuidado, ao mesmo tempo que se agrega à segunda configuração o cuidado com o corpo, como objeto de dominação e também de conhecimento instituindo-se poderes e saberes.

No século XVIII, o papel da família e, conseqüentemente, o papel da mulher como cuidadora, reforçava o dever natural de compaixão e beneficência. Vale dizer ainda, que o referido século, foi marcado por profundos questionamentos relativos às “estruturas hospitalares frente ao poder do Estado, sendo a pobreza um fato econômico que a assistência deve remediar enquanto existe, a doença é um acidente individual à qual a família deve responder assegurando à vítima os

cuidados necessários”. (FOUCAULT, 2004, p.74).

Há um aspecto relevante no que tange às práticas de cuidado realizadas no seio familiar, ou seja, a família era concebida como o lugar natural da doença, “em família, a doença está em estado de ‘natureza’, isto é, em conformidade com a sua natureza e livremente oferecida às forças regeneradoras da natureza”. (FOUCAULT, 2004, p. 42).

No final do século XVIII, a arte de curar inicia a sua formação, tornando-se pública, política e com poder. Tal transformação ocorre, segundo Foucault (2003), pela necessidade de se colocar ordem nos hospitais militares que representavam desordem econômica, diante do consumo de novas tecnologias militares. Além de curar os soldados era necessário ainda vigiá-los para que os mesmos não fugissem de suas obrigações de combatentes ou mesmo para não fingir que estavam doentes.

Nesse cenário, aparece a figura do médico como o especialista em relação à organização do espaço hospitalar, no que concerne à seleção do melhor local para a sua instalação, levando em consideração o clima, a região, etc. Foucault (2003) aponta que militares e médicos foram os primeiros administradores do espaço coletivo, instituindo-se um poder local disciplinador, por meio de mecanismos disciplinares. No caso da medicina, o efeito da disciplina é tornar o corpo individual objeto da ação política para o exercício do poder disciplinador. Por isso o espaço de cuidado era um espaço político.

A junção dos mencionados elementos (atenção ao meio ambiente e à disciplina do corpo no espaço hospitalar com vistas à vigilância) dá origem a determinados mecanismos como estratégia de cura.

É importante dizer que as revoluções científico-tecnológicas, geradas pela

Revolução industrial deram destaque a prática médica, que teve importância política na manutenção do *status quo*, sendo que seus membros passaram a fazer parte dos grupos políticos e da elite econômica, reforçando, cada vez mais, o seu poder. (GEOVANINI, 200).

O cuidar, até aquele momento exercido por mulheres, filantropos e religiosas, tido como algo indiferenciado e como uma extensão das atividades de cunho doméstico adentra tal território (hospitalar), onde a figura do médico impera como central na hegemonia do curar, institui novas formas de disciplina e controle (registros de entrada e saída, nome, diagnósticos, tratamentos, prescrições), cabendo aos cuidadores a vigilância do espaço e do doente: mudança de paradigma do “religioso” para o “científico”.

É de suma importância salientar que, embora a Enfermagem ainda não estivesse organizada como profissão, é possível perceber prenúncios de mudanças paradigmáticas em relação ao aspecto religioso que acompanhava as práticas de cuidado até então. Nesse sentido, inicia-se uma transformação nas práticas de cuidado, nas quais os dispositivos institucionais (hospitais) começam a funcionar de maneira mais formal, objetivando regular alguns disfuncionamentos da sociedade (doença, miséria...), surgindo timidamente um corpo profissional especializado, mesmo que estivesse muito mais afeto ao trabalho médico.

Houve ainda a intervenção médica na criação de regulamentos e normas internas, estabelecendo-se uma forte hierarquia entre alunos, assistentes e cuidadores, instituindo o que se convencionou chamar *visita aos enfermos*, em que os médicos deveriam ser anunciados pelo soar de uma sineta, com a presença de uma cuidadora, que deveria estar na porta do quarto com um caderno nas mãos, pronta para acompanhá-lo em seu desfile alegórico que se traduzia em fortes

relações de poder.

No momento em que as práticas de cuidado e cura deixam de estar centradas em um campo exclusivamente de assistência aos pobres e doentes, na vertente da salvação espiritual e proteção/caridade, esboça-se aqui a *segunda configuração das práticas de cuidado: **práticas de cuidado centradas em um campo assistencial composto por dispositivos formalizados de cuidado e de cura, sendo o cuidado exercido sem preparo formal, subsidiados pela formação de um corpo de conhecimentos específicos relacionados a medicina, tendo como pano de fundo o processo de produção de riquezas liderado pela lógica capitalista e pela hegemonia do saber médico.***

Trata-se de compreender então de que maneira, sobre o pano de fundo do modo de produção essa segunda configuração vai tomar forma e constituir um problema que extrapola o campo assistencial, ao mesmo tempo que implica-se diretamente com a questão trabalho/produktividade, como forma de se produzirem riquezas, gerando relações de dominação no mundo do trabalho. A partir do direcionamento dos conhecimentos científicos e tecnológicos, em favor do desenvolvimento do sistema de produção capitalista, houve uma contribuição para a consolidação do mesmo, com o fortalecimento de fato de uma nova ordem social.

Portanto, a *segunda configuração* está marcada por práticas institucionalizadas, tendo em vista a organização do espaço hospitalar, fazendo emergir, timidamente, mecanismos de disciplinarização, sendo a doença vista como desordem, implicando diretamente com a questão trabalho/produktividade, trazendo mudanças expressivas no desenvolvimento das práticas de cuidado.

3.4.3 A REORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL E O DISCIPLINAMENTO DOS CORPOS: O PODER COMO EXERCÍCIO E O SABER COMO REGULAMENTO

Sendo a medicina uma prática aliada aos interesses políticos, o avanço da medicina vem “favorecer a reorganização dos hospitais que agora irão desempenhar importante papel, não só como agentes da manutenção da força de trabalho, mas também como empresas produtoras de saúde.” (GEOVANINI, 2002, p. 23-24).

O capitalismo, juntamente com a Revolução Industrial, levou a um aumento expressivo da população urbana, crescimento desordenado das cidades, em que as condições de higiene, alimentação e moradia eram precárias. Com a demasiada valorização do capital e da produção, a recuperação da força de trabalho foi enfatizada a tal ponto que o homem nesse sistema tinha que produzir e para isso necessitaria de um corpo livre de doença.

A doença era vista como um obstáculo à produtividade, e o corpo, como objeto/instrumento à mercê de tais expectativas. Assim, a saúde passou a ser tratada como um objeto de consumo, como forma de fortalecer o poder econômico com vistas à produção de riquezas, conforme já foi referido na *segunda configuração*

Portanto, o corpo precisaria ser disciplinado para ser manipulado. Tratava-se de submeter o indivíduo de um espaço fechado a outro, produzindo-se uma demarcação nos sentidos espacial e temporal.

No que se refere ao aspecto espacial, espaços de confinamento foram organizados (escola, fábrica, caserna, prisão, hospital) sob vigilância constante.

Os hospitais, concebidos como locais de cura, adotaram como princípio a constante observação da doença e do doente, por meio de registros contínuos, possibilitando, assim, auxiliar a medicalização de tal espaço, havendo uma

transformação do sistema de poder no seu interior, que até meados do século XVIII estava a cargo de pessoal religioso. Segundo escritos de Foucault, em 1792, a Assembléia Legislativa da época, apesar de ter declarado a dissolução de todas as corporações religiosas e de mulheres e homens eclesiásticos ou leigos, no que tange à assistência aos pobres e doentes, manteve na maioria dos hospitais tais ordens religiosas ou leigas, apoiada no decreto que rezava:

Nos hospitais e casas de caridade, as mesmas pessoas continuarão como antes o serviço dos pobres e o cuidado dos doentes a título individual, sob a vigilância dos corpos municipais e administrativos, até a organização definitiva que o Comitê de Assistência apresentará incessantemente à Assembléia Nacional. (2004, p. 46).

Dessa forma, o modelo dito monástico perdurou até o século XVIII, não havendo um rompimento brusco, mas uma transformação nos mecanismos de poder do Estado, em que se estabeleceram os princípios de vigilância e controle das ordens religiosas e organizações leigas responsáveis pelas práticas de cuidado.

O médico dos séculos XVII e XVIII permanecia a distância dos doentes, observando apenas as marcas superficiais e imediatamente visíveis, sem um maior contato direto. Foi a partir do final do século XVIII que houve uma expressiva mudança: o mesmo se aproxima do doente em busca de logo atrás da superfície visível, através das técnicas de palpação e ausculta rumo a uma maior fidelidade a dados sensíveis. Estabelece-se, assim, uma relação entre *sujeito cognoscente* e *objeto conhecido*, norteadas pelos princípios da racionalidade. (FOUCAULT, 2004).

Segundo Foucault (1979), a medicalização do espaço hospitalar não se deu em busca de uma ação positiva sobre o doente e sobre a doença, mas buscava anular os efeitos negativos do hospital, normatizando e regulamentando o espaço em questão, distribuindo os doentes de modo que pudessem ser vigiados por meio de registros sistemáticos.

Assim, a disciplinarização do espaço hospitalar é garantida pela distribuição espacial dos indivíduos no seu interior, pela vigilância perpétua e pelo controle do desenvolvimento das ações, utilizando um esquema administrativo composto por um conjunto de técnicas em busca do alcance dos objetivos.(FOUCAULT, 1979).

Em relação ao aspecto temporal, uma outra demarcação proposta pelo capitalismo, os corpos são automatizados, mecanizados no interior dos dispositivos institucionais (escola, fábrica, caserna, prisão, hospital), tolhendo assim a capacidade de criação humana no processo produtivo, onde o corpo se constituía em peça de uma maquinaria multissegmentar (redução funcional).

Silva ensina que “o poder disciplinar se encarregará então de vincular cada indivíduo a uma identidade bem determinada de uma vez por todas, e criar assim a idéia de uma subjetividade privatizada”. (2001, p. 35).

As disciplinas, de acordo com Foucault (2003, p.180), “devem ser tomadas como técnicas que permitem ajustar, segundo esse princípio, a multiplicidade dos homens e a multiplicação dos aparelhos de produção (e como tal deve-se entender não só a ‘produção’ propriamente dita, mas a produção de saber e de aptidões na escola, a produção de saúde nos hospitais, a produção de força destrutiva do exército)”. Nesse contexto, vê-mos emergir a instituição de uma rede de micropoderes, incluindo o uso do espaço, as práticas cotidianas e o tempo, objetivando dividir o corpo em partes, treiná-lo rumo a uma maior eficiência, integrando o corpo na vida social e econômica.

Para ilustrar, ainda traz-se em foco as próprias fábricas com suas linhas de produção, priorizando estudos de tempos e movimentos através da divisão do trabalho.

Lunardi Filho (1998) tece que em toda e qualquer sociedade existem

diferentes formas de organização do processo de trabalho, sendo que a valorização do capital é uma dinâmica própria da sociedade capitalista. Nesse tipo de sociedade, a divisão do trabalho constitui-se numa primeira forma de organização, segundo os objetivos.

Particularmente, no que tange ao hospital, esse também adotou os princípios da Escola Clássica e Científica da Administração visando a racionalizar o trabalho, pelos princípios (espacial e temporal) primeiramente utilizados na organização do trabalho nas indústrias, trazendo uma nova configuração para a própria realização do cuidado e sua gestão, em uma lógica de subjetivação capitalística.

Vale dizer, que a evolução crescente dos hospitais não melhorou, entretanto, suas condições de salubridade, havendo um alto número de doenças infecto-contagiosas, e à falta de pessoas preparadas para o cuidado.

Em meio às transformações aqui ventiladas, a partir do século XIX, na Inglaterra, surge a Enfermagem como profissão, tendo como precursora Florence Nightingale que institucionalizou o ensino de enfermagem, criando a primeira Escola de Enfermagem em 1860, que formava *ladies nurses* para se responsabilizarem pela administração dos hospitais e as *nurses* para prestarem assistência aos pacientes. Surge, assim, conforme aponta a literatura, a divisão técnica e social do trabalho de enfermagem, ou seja, as *ladies nurses* deveriam pensar em administrar o trabalho, e as *nurses* deveriam executá-lo.

Pode-se analisar também, segundo Geovanini, a “presença da mulher na enfermagem e à subordinação da classe à categoria médica, essencialmente masculina. Posto que as tarefas femininas, historicamente falando, sempre tiveram menor prestígio social e sempre estiveram dissociadas do saber intelectual.” (2002,

p. 27).

Nessa época, as práticas de cuidado começam a ser realizadas adotando um estilo de gerência com ênfase na normatização do “ambiente terapêutico segundo os princípios da unidade de comando, do controle, da divisão e especialização do trabalho, aplicados até então, somente nas indústrias”. (SPAGNOL, 2002, p.119).

Pensando na divisão técnica e social do trabalho na época de Florence, é preciso lembrar que tal divisão/dicotomia já existia de certa forma em momentos históricos anteriores, mas com um pano de fundo diferente em relação ao século XIX. A própria sociedade primitiva já apontava uma divisão social do trabalho no seio familiar (trabalho entre homens e mulheres). Um outro fato pode ser trazido pelos próprios sacerdotes, no período mágico-religioso, com a instituição de categorias intra-sacerdotais, segundo os saberes adquiridos, aparecendo claramente uma valorização do trabalho intelectual. Ressalta-se, ainda, a ocorrência de uma estratificação social (ricos *versus* pobres) em se tratando de acesso no atendimento pelos sacerdotes.

Portanto, a institucionalização da Enfermagem manteve viva a divisão técnica e social do trabalho, exercitada em outras sociedades/em outros momentos da História, não se caracterizando como algo novo, mas com uma roupagem diferente, tendo em vista as necessidades impostas pelo capitalismo. Florence, diante de um contexto em que as práticas de cuidado eram responsabilidade, em sua grande parte das religiosas, procurou organizar tal espaço.

Baseando-nos nos estudos de Foucault acerca das transformações do hospital, no que tange ao poder e à disciplina, pode-se dizer que Florence procurou ajustar a profissão ao momento histórico vigente, considerando que o hospital

passava por várias transformações, em especial as da estrutura do poder, quando o médico assume a responsabilidade pelos hospitais, e a Enfermagem -- que atuava independentemente no referido espaço -- passa a reparti-lo com o médico numa situação de inferioridade hierárquica; conseqüentemente, há uma construção de conhecimentos do senso comum.

Tomando ainda como referência a institucionalização da Enfermagem e a divisão técnica e social do trabalho, o foco da atuação das chamadas *ladies nurses* não era essencialmente o cuidado, visto que as mesmas recebiam um ano de instrução, incluindo-se no currículo aulas sobre administração e chefia, bem como a realização de mais dois anos de prática. Em relação às *nurses*, o curso não oferecia preparo em administração, estando programado um ano de instrução e mais três anos de prática supervisionada.

Nightingale, em sua obra *Notas sobre a Enfermagem* explicita o conhecimento de administração como essencial, atribuindo, portanto, relevância significativa à função gerencial do enfermeiro:

Todos os benefícios de uma boa enfermagem apresentados nestas notas podem ser completamente anulados por deficiência, por exemplo, na administração básica, ou melhor, por se ignorar como proceder para que o que é feito quando se está presente o seja também quando se está ausente. (1989, p. 43).

Os princípios de fraternidade, abnegação e amor a Deus propalados por Florence surgiram como forma de afastar a visão que se tinha (na Europa) de um cuidado que era exercido por pessoas imorais, ficando assim o mais próximo possível do que realizavam as associações religiosas, porém laicas.

Os fundamentos que nortearam a criação da escola de enfermagem como: regras, normas, horários rígidos, divisão do ensino por classes sociais, eram o reflexo do próprio sistema social, político e econômico da época, com ênfase na disciplina e no controle.

Vale lembrar que o poder disciplinar da referida época, confiado ao médico, no que tange às funções controladoras do pessoal de Enfermagem, passa a ser delegado ao enfermeiro que, “imbuído da falsa convicção de participar da esfera dominante, será subtilizado em benefício da manutenção da ordem e da disciplina, indispensáveis à preservação do monopólio do poder institucional”. (GEOVANINI, 2002, p. 24-25).

É importante mencionar que a Enfermagem moderna enfatizou mais o treinamento disciplinar do pessoal hospitalar do que propriamente o início da produção do saber de enfermagem, havendo uma economia de tempo e movimento, para dar conta das tarefas hospitalares.

A criação da profissão enfermagem na Inglaterra coincide com as transformações evidenciadas por Foucault no espaço hospitalar, estabelecendo o vínculo entre o saber de enfermagem e o saber médico, numa situação de subordinação, reforçando aqui mais uma vez que até o século XVIII, quem dominava o espaço hospitalar eram as Irmãs de caridade.

Assim, a Enfermagem apresenta a característica da divisão técnica do trabalho, com uma prática parcelada em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes, cabendo também essa execução parcelada a diferentes agentes.

Com essa nova hierarquia, nasce uma dicotomia entre concepção e execução do trabalho de enfermagem, existente até os dias atuais. Portanto, pode-se dizer que a prática de enfermagem não tem sido exercida em toda sua extensão pela figura do enfermeiro, o que pode significar um espaço perdido ou ainda não-conquistado. No trabalho existe uma unidade de concepção e execução que,

não é inviolável a unidade entre a força motivadora do trabalho e o trabalho em si mesmo, podendo esta unidade ser dissolvida. A concepção pode ainda continuar e governar a execução, mas a idéia concebida por uma pessoa pode ser executada por outra. (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p.71).

Fica nítido que a dicotomia entre concepção e execução (intelectual e manual) traz como consequência uma alienação em relação aos processos de produção do trabalho, mas, por outro lado, reforça a concentração de poder, aumentando o controle capitalista.

Para Guattari (1995, p. 33), a produção capitalística abarcou distintos campos da vida, “ampliando o seu domínio sobre o conjunto da vida social, econômica e cultural – e em ‘intenção’-- infiltrando-se no seio dos mais diversos modos de se produzir, sentir, pensar e de cuidar”. Portanto, o referido modo de produção é também produtor de subjetividades que se encontram comprometidas.

Dentro da mencionada lógica de produção, visualiza-se a formação da *terceira configuração* das práticas de cuidado: ***práticas de cuidado sistematizadas, circundadas por mecanismos disciplinares, abarcando o incremento das novas tecnologias advindas dos princípios capitalistas, com uma intensa mudança entre as forças produtivas e os meios de produção, baseadas em um trabalho normativo, apoiadas ainda em um regime de verdade, tendo o poder como exercício e o saber como regulamento.***

No modo capitalista, a saúde é tida como mais um bem a ser comercializado e que, paradoxalmente, ao ser consumida como mercadoria se esgota.

As instituições, com destaque aqui para o espaço hospitalar, são conceituadas como modelagem de regras e normas. Da fragmentação emerge a necessidade da equipe numa perspectiva de restabelecimento que também se esfacela numa outra instituição: a divisão técnica e social do trabalho, com base normativa e que se compõe de regras e manuais.

Dessa forma, para que o sistema mantenha-se vivo, os indivíduos se tornam

sujeitados, ou seja, capturados numa dimensão imaterial que impede a criação de uma maquinaria de guerra através de mecanismos coletivos de inibição que consistem, segundo Deleuze e Guattari :

distribuir aos homens um espaço fechado, atribuindo a cada um sua parte e regulando a comunicação entre as partes [...] dentro de um espaço sedentário que chamam “espaço estriado”, cercado por muros, limitado nas suas partes, as quais são atribuídas direções constantes, opostamente ao que denominam de “espaço liso”, “um espaço aberto, conforme frequências e ao longo dos percursos. (2002, p. 51-88).

Os mesmos autores tecem, ainda, que:

o que nos interessa são as passagens e as combinações, nas operações de estriagem, de alisamento. O espaço é constantemente estriado sob a coação de forças que nele se exercem, mas também como ele desenvolve outras forças e secreta novos espaços lisos através da estriagem. Mesmo a cidade mais estriada secreta espaços lisos; habitar a cidade como nômade, ou troglodita. Às vezes bastam movimentos, de velocidade ou lentidão, para recriar espaço liso. Evidentemente os espaços lisos por si só não são liberadores. Mas é neles que a luta muda, se desloca, e que a vida reconstitui seus desafios, afronta novos obstáculos, inventa novos andamentos, modifica os adversários. Jamais acreditar que um espaço liso basta para nos salvar. (2002, p. 214).

Portanto, há um processo de captura sobre fluxos, de populações, de mercadorias e de capitais que necessita de trajetos bem definidos, fixos que mensurem nos seus detalhes os movimentos relativos dos sujeitos e dos objetos.

Para que o sistema capitalístico opere tendo em vista as transformações dos modos de valorização dos bens e das atividades humanas, é imprescindível que se apóie em um regime de verdade, o qual, que segundo Foucault, diz respeito a um “conjunto de regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se vinculam ao verdadeiro efeito específico do poder”. (1975, p. 26).

“Entre o poder e o saber há diferença de natureza, heterogeneidade; mas há também pressuposição recíproca e capturas mútuas; e há finalmente, o primado de um sobre o outro.” (DELEUZE 19-- p. 102).

SILVA aborda que há uma relação íntima entre o modo de subjetivação capitalístico e o sistema de racionalidade, visto que

há uma complementaridade intrínseca entre ambos e que esse sistema de racionalidade vai dar, de certo modo, uma “legitimidade científica” ao princípio de equivalência generalizada que se encontra na base do novo tipo de relação consigo caracterizado pela invenção do indivíduo moderno.(2001, p. 39).

Desse modo, cada formação histórica apresenta em sua particularidade determinados atravessamentos, a partir das relações que se estabelecem entre os poderes, saberes e verdades e, no que concerne à sociedade capitalista, há uma captura das subjetividades, tornando-a serializada e dominada dentro de uma tal lógica de produção, apoiadas por princípios de racionalidade, enquanto expressão da verdade, transformando notavelmente a relação consigo.

Essa dinâmica à racionalidade impõe uma separação entre sujeito e objeto, dada pela conformação de um método científico que garanta a objetividade do conhecimento produzido, paradigmaticamente imaginado, como aquele que poderá fazer sentido e significar verdades para os outros, mesmo que esses não saibam disso, e, assim, validando-se como ciência e conhecimento cientificamente legitimado (construção de formas de conhecimento e de saberes enquadráveis no campo legitimado e validado como científico).

3.4.4 O FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS MÉDICO-HOSPITALARES: A ASSISTÊNCIA CURATIVA E A FRAGMENTAÇÃO DO TRABALHO

Com a elaboração das três primeiras configurações das práticas de cuidado, encontra-se espaço para prosseguir pensando na constituição de outras configurações para as práticas de cuidado, trazendo questões relativas ao desenvolvimento da enfermagem no Brasil, uma vez que as transformações ocorridas na Europa influenciaram marcadamente a Enfermagem brasileira a partir

do século XIX.

Destaca-se que desde o período colonial até o final do século XIX, tem-se uma Enfermagem em formação, momento em que o país evoluiu economicamente, mas mantendo-se em bases agrária, escravista e aristocrática com seus núcleos pouco urbanizados. As práticas de saúde eram vinculadas aos rituais místicos, realizados pelos pajés e feiticeiros em suas próprias tribos, ligados à figura masculina. Por outro lado, também houve a participação de mulheres índias nas práticas de cuidado. Tais características foram assinaladas também na *primeira configuração* das práticas de cuidado, séculos antes.

No Brasil, cura e cuidado encontravam-se também polarizados, estando presente a questão de gênero.

Com a vinda de colonizadores europeus, doenças se fizeram presentes (tuberculose, febre amarela, etc.) e “a escassez de profissionais colaborou para a proliferação do curandeirismo, e a arte de curar nas mãos de leigos, autorizados a desempenhar umas poucas funções específicas, era um misto de tirocínio, ciência e credence.”(GEOVANINI, 2002, p. 30).

Sendo assim, após a colonização européia, a assistência aos doentes é, então, prestada pelos religiosos em locais próximos aos conventos, sendo que posteriormente, voluntários e escravos também passam a executar essa atividade nas Santas Casas de Misericórdia, a partir de 1543.

Vale ressaltar, segundo Geovanini, que nesse tempo a prática de cuidado era “doméstica e empírica; mais instintiva que técnica, atendendo prioritariamente a fins lucrativos. Seus executores eram, na maioria, do sexo masculino.” (2002, p. 31). Observa-se, aqui, a existência de elementos que circundaram a *primeira configuração* (práticas de cuidado domésticas e instintivas), bem como a *segunda*

configuração (influência religiosa), embora, no Brasil, os homens tenham sido os principais cuidadores após a vinda dos europeus.

Mais tarde, são fundados hospitais militares com os mesmos objetivos dos hospitais europeus, semelhante ao apontado na *segunda configuração* das práticas de cuidado.

A partir desse momento, desponta no Brasil uma série de transformações de cunho político-econômico, passando a saúde a se constituir um problema econômico-social em consequência da propagação de doenças infecto-contagiosas, trazidas pelos europeus que fugiram ao controle do serviço de Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro, principal porta de entrada das doenças pestilentas, o que configurou-se como uma calamidade pública. Houve a necessidade do governo assumir a assistência à saúde, culminando com a criação de serviços públicos. (GEOVANINI, 2002).

Em meio a referida crise, surge a Escola Profissional de Enfermeiros com seu currículo que abordava aspectos básicos da assistência hospitalar, predominantemente curativa, o que não respondia às necessidades vigentes.

Outras escolas são fundadas e a divisão social do trabalho se reforça, uma vez que as novas enfermeiras eram preparadas para executar tarefas com maior nível de complexidade intelectual, que estariam relacionadas com a classe social a qual pertenciam, não diferenciando-se do modelo institucionalizado por Florence.

Salienta-se que nesse período religiosos ainda atuavam nos hospitais como uma prática leiga e subserviente.

De acordo com Geovanini, quando o processo de industrialização se consolida no país, “a tecnologia hospitalar e a indústria farmacêutica ganham destaque, privilegiando a medicina curativa que passa a ser o paradigma de um

sistema de saúde que tem como principal centro de referência o hospital.” (2002, p. 37). Surge a necessidade de outras categorias profissionais para dar conta das exigências do mercado.

Portanto, há uma centralização na atenção médica individual, reforçada pela política de saúde médico-hospitalar, privilegiando a prática curativa e especializada, bem como a incorporação de tecnologia sofisticada, exigindo das escolas de Enfermagem modificações em seus currículos que, antes, enfatizavam a saúde pública. Dessa forma pode ser apontada a *quarta configuração* das práticas de cuidado: ***práticas de cuidado especializadas, centradas na atenção médico-hospitalar, norteadas por mecanismos de disciplina e poder, com ênfase no aspecto curativo e normativo, desenvolvidas por outras categorias da enfermagem (técnicos, auxiliares e atendentes), tendo como pano de fundo o interesse das indústrias com vistas a expansão do capital.***

Enfatiza-se que o surgimento de outras categorias profissionais na Enfermagem não surgiu apenas por uma questão quantitativa direcionada pelo mercado, mas sim em decorrência do não posicionamento político do enfermeiro e, pela incorporação de modelos administrativos que fragmentam o processo de trabalho em favor da disciplina e da organização, ficando os enfermeiros afastados da possibilidade de reflexão e crítica sobre o *fazer*, porque, quase que totalmente, são alheios a essa prática na vida profissional.

Matumoto (2003, p. 8) aponta que “sentimos hoje os reflexos da crise da saúde, que vem ao longo da história arquitetando seus diferentes modelos assistenciais, a partir dos diferentes interesses em disputa e de entendimentos do que é saúde e doença e as formas de intervir sobre elas.”

O processo de industrialização originou uma nova configuração de

interesses, estando os serviços de saúde voltados mais para a atenção individual.

Importantes transformações ocorreram na estrutura social do país, determinadas, em grande parte, pela mudança do quadro político-nacional que segundo Geovanini

a partir de 1975, um novo modelo foi definido através da Lei 6.229 do Sistema Nacional de Saúde. A Lei citada que legitimou a pluralidade institucional no setor saúde e identificou a Previdência Social como responsável pela assistência individual e curativa, e o Ministério da Saúde, por intermédio das Secretarias, pelos cuidados preventivos e de alcance coletivo, acarretando uma divisão entre ações tecnicamente indivisíveis. (2002, p. 39).

Tendo em vista a sofisticação do ato médico e a crescente especialização dos trabalhadores da saúde, necessitou-se da formação de profissionais, cada vez mais habilidosos para lidar com a tecnologia hospitalar, sendo que para colher essas exigências, os currículos de Enfermagem centraram-se intensamente na assistência curativa, direcionando grande parte de sua carga horária nas disciplinas ligadas ao hospital até a década de 90.

Nesse cenário, muitas reformas e Conferências ocorreram como forças instituintes que esbarraram em profundas crises financeiras, havendo a racionalização de recursos.

3.4.5 O INDIVIDUAL, O COLETIVO E A CONCRETIZAÇÃO DO SUS: REGRAS DE BIOSOCIABILIDADE E CONTROLE DOS CORPOS

A partir da década de 90, importantes mudanças na saúde adentram o cenário nacional que, até então, tinha uma rede pública de saúde sucateada, visto que a iniciativa privada respondia por mais de 80% da prestação de serviços de saúde no país.

No que tange à Enfermagem, a mesma ocupou duas posições distintas: a continuidade do grande número de especializações para a tender as expectativas médico-hospitalares e, um reduzido grupo na direção do resgate da saúde pública no Brasil.

Apointa-se a importância da IX Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em um momento crucial de mudanças políticas, tendo como temas: sociedade, governo e saúde; implantação do SUS e a participação e o controle social no SUS, que teve como uma de suas propostas a formação de recursos humanos voltados SUS. (GEOVANINI, 2002).

É importante dizer que desde 1985, a enfermagem vem buscando definir os parâmetros e diretrizes básicas que devem orientar a formação dos enfermeiros no Brasil.

Nessa seara, pode-se apontar a formação de dois territórios que se conformam de forma antagônica: o hospital e a rede básica, com suas potências e resistências à concretização do SUS. Muitos questionamentos já foram realizados neste estudo versando sobre os referidos territórios, com vistas a refletir a produção do cuidado a partir de novos padrões estéticos de atuação cotidiana que tenha um compromisso ético-político.

Consideramos que o hospital é o local onde mais evidencia-se a problemática aqui ventilada, por se tratar de um cenário que abriga poderes hegemônicos, vinculados ao saber médico, permeado por uma lógica cartesiana centrada no modelo clínico de assistência.

Pensando no atendimento básico à saúde, visualizam-se movimentos com maior intensidade no que se refere a incorporação dos princípios de integralidade e humanização, com a formação de espaços de escuta/acolhimento, estando incluso

aqui, usuários e profissionais da saúde. Observa-se a saúde coletiva avançar rumo à concretização dos princípios do SUS, lançando estratégias como por exemplo: o Programa de Saúde da Família.

Vale dizer, segundo Merhy; Cecílio; Nogueira Filho (1991) que desde o início dos anos 80 os modelos assistenciais vêm sendo questionados por dirigentes dos sistemas e serviços de saúde, trabalhadores, pesquisadores e usuários, pela incapacidade de efetivar as diretrizes e princípios previstos na Reforma Sanitária Brasileira para o SUS.

Em contrapartida tem-se uma racionalização da existência, imposta pelo capitalismo, com um espírito de regulamentação da vida regido pelo que Foucault chama “disciplinamento corporal” e controle dos corpos, visto que na atualidade há uma interação com o capital, com as biotecnologias e com a própria medicina, trazendo para nós a noção de biossociabilidade, como uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados, segundo uma lógica baseada em critérios de saúde, tipos de doenças e *performances* corporais.

Há, portanto, a criação de novos valores e, conseqüentemente, a invenção de novos modelos de sujeitos baseados no desempenho físico, em busca de longevidade e da melhor forma física, respaldados por constantes biológicas (taxas de glicemia, capacidade respiratória, exames, etc.), no sentido de oferecer critérios de avaliação individual.

Ortega leciona que

a saúde tornou-se não só uma preocupação; tornou-se também um valor absoluto ou padrão para julgar um número crescente de condutas e fenômenos sociais. Menos um meio para atingir outros valores fundamentais, a saúde assume a qualidade de um fim em si. A boa vida é reduzida a um problema de saúde, da mesma maneira como a saúde se expande para incluir tudo o que é bom na vida. (2002, p. 154).

Nas modernas ascetes, sendo que ascetes são entendidas como práticas

de si, novos processos de subjetivação despontam com foco subjetivo às regras da biossociabilidade, dando ênfase a procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos, rumo à construção das bio-identidades contemporâneas, nas quais a própria subjetividade e interioridade do indivíduo são deslocadas para o corpo, que é submetido a um processo de transformação constante.

Logo, aquele indivíduo que não se cuida, que é fraco de vontade, é considerado como um desviante pela sociedade, sendo merecedor das doenças que contrai e oneroso ao sistema de saúde.

Bêbados, glutões, fumantes e sedentários – agora chamados irrisoriamente de “batatas de sofá” (couch potatoes) na nova gíria pejorativa da ideologia da saúde – são vistos como uma classe inferior de pessoas, com certeza inaptos, independentes, ineficientes e possivelmente sujos de mente e de espírito assim como de corpo. O sentimento de desconforto que o indivíduo saudável sente na presença do indivíduo doentio parece assustadoramente semelhante à experiência inquieta do passado do bom povo branco quando estava na companhia de negros. (ORTEGA, 2002, p. 150).

Diante dos movimentos avistados (individual *versus* coletivo e o SUS), tem-se a *quinta configuração* das práticas de cuidado: ***práticas de cuidado centradas no atendimento médico-individual, baseadas em um trabalho disciplinador, flexneriano, estando os trabalhadores e usuários aprisionados pelo controle capitalístico, que não deixa vingar linhas de fuga capazes de metamorfosear os processos produtivos.***

O modelo de atenção individual à saúde é socialmente reafirmado como representante daquele direito, o que não deixa de ser expressão do conjunto de necessidades reelaborado no exercício desse mesmo modelo, uma vez que a organização das práticas de saúde é representada por aquelas voltadas para o indivíduo e baseadas na clínica (corpos individuais).

Ainda com relação à formação das bio-identidades, o corpo humano, enquanto entendido como objeto no modelo biomédico, sofre fragmentações para

que possa ser explicado, no mesmo tempo em que a doença é apreendida como realidade-objeto e não como uma realidade subjetiva. Nesse fluxo, o social, ao invés de ser uma variável determinante para produzir enfrentamentos, passa a ser uma variável para explicar fenômenos.

É de extrema importância frisar que a rapidez das transformações que emergem da globalização e de novas necessidades sentidas e expressas pela sociedade, no momento atual, tem interferido significativamente no trabalho em saúde, estando incluso, nele, o trabalho em enfermagem.

Salienta-se que o usuário dos serviços de saúde está ocupando um novo espaço, não mais de coadjuvante, mas de ator no processo do cuidado em saúde, sendo que o reconhecimento dessa realidade, tanto pelos estabelecimentos de saúde como pelos profissionais, em especial pelos enfermeiros, é o diferencial, primando pelo exercício da cidadania, garantindo, portanto, a sustentação do modelo de saúde vigente em nosso país.

Embora haja prenúncios de mudanças, vale frisar que o surgimento do modelo clínico ocorreu no início do século XIX, mas o desenvolvimento do processo de trabalho, com essa concepção biológica e individual, tornou-se mais acentuado no século XX, uma vez que os instrumentos para realizar o diagnóstico e operar transformações no corpo humano foram sendo descobertos e aperfeiçoados posteriormente.

Sendo assim, o conhecimento sobre as doenças, além da construção de espaços próprios para o estabelecimento das relações entre médicos e pacientes, tornaram-se imprescindíveis; portanto, o saber médico passou a ser dominante visando a intervenções sobre o corpo doente; e o hospital, por sua vez, se constitui em um instrumento de cura, sendo a clínica a única dimensão essencial. Destaca-se

que a hegemonia médica estabelecida determinou gradativamente relações sociais de dominação e subordinação entre profissões.

Há o desejo de se buscar laços e compromissos que reforcem a afetividade, a criatividade e sensibilidade ético-política para lidar com as metamorfoses do mundo e construir práticas em saúde que favoreçam a construção de sujeitos.

Avista-se uma sexta configuração para as práticas de cuidado que está em curso e expressa transformações paradigmáticas importantes, mesmo em face a tantas resistências provenientes do campo sócio-político-econômico, dos serviços de saúde, dos trabalhadores e usuários, podendo ser delineada da seguinte forma: ***práticas de cuidado baseadas na produção de atos cuidadores que lançam suas linhas de fuga permitindo desterritorializações, buscando superar as segmentaridades duras e circulares presentes nos processos de trabalho, ao mesmo tempo que, esbarra em ordens instituídas, cujo objetivo está calcado no disciplinamento e controle dos corpos cuidadores e cuidados.***

4 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO

Silva, em seu estudo, ao se remeter ao método, prefere falar em estratégias de produção do conhecimento, visto que

nessas estratégias encontram-se mutuamente implicados o problema, o modo de colocá-lo e as ferramentas conceituais [...] utilizadas no processo de pesquisar [...] consistindo em suscitar o problema e criar condições para que o mesmo seja colocado. (2001, p. 109).

Tendo em vista a provisoriedade dessa produção, a abordagem qualitativa fez-se apropriada, uma vez que houve a possibilidade de compreender o fenômeno estudado com seus movimentos versos e adversos.

No que se refere à abordagem qualitativa, Minayo diz que

qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito do estudo: gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação. (1999, p. 22).

Portanto, é uma abordagem que se aprofunda no mundo dos significados, cujos fenômenos não podem ser quantificados ou explicados por meio de simples equações matemáticas.

Em se tratando das estratégias de produção do conhecimento, apontam-se dois momentos vivenciados durante o estudo, sendo eles: a aplicação de um aparelho conceitual – a genealogia foucaultiana, que ajudou a construir parte do mapa, para que, posteriormente, como segunda estratégia fosse realizada uma cartografia dos atos cuidadores dos enfermeiros no território das práticas. Logo, as estratégias utilizadas neste estudo serão explicitadas a seguir, no sentido de fornecer alguns elementos teóricos ao leitor-pesquisador.

4.1 A GENEALOGIA FOUCAULTIANA: UMA TÁTICA DE CONSTRUÇÃO

A ferramenta genealógica se configurou como uma tática com o objetivo de

se buscar as discontinuidades, onde desenvolvimentos contínuos foram encontrados recorrências, levando em consideração as menores mudanças e seus contornos sutis, com suas relações de força funcionando em acontecimentos particulares e em movimentos históricos.

Segundo Silva (2001, p. 110), o projeto genealógico pretende “ativar os saberes locais, descontínuos, desqualificados, não-legitimados, contra um tipo de saber totalitário e hegemônico que busca organizá-los em nome de um conhecimento tido como ‘verdadeiro’.”

Outro ponto importante é que na genealogia, segundo Dreyfus e Rabinow (1995, p. 22), “os sujeitos emergem num campo de batalha e é somente aí que desempenham seus papéis”. Os sujeitos não preexistem, estando o corpo diretamente mergulhado num campo político, tornando-se um componente essencial para a operação das relações de poder na sociedade moderna.

Dreyfus e Rabinow (1995, p. 126) apontam que para Foucault a potente “relação entre saber e poder, localizada no corpo, é na verdade um mecanismo geral de poder da maior importância para a sociedade ocidental”.

A genealogia seria, portanto, “um empreendimento para libertar da sujeição dos saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico.” (FOUCAULT, 1979, p. 172).

Dessa forma, a função da genealogia é fender com os objetos tidos como naturais do conhecimento, mostrando como os mesmos são historicamente constituídos e passam a ganhar uma certa consistência e operacionalidade em contextos específicos, estudando as evidências e minúcias que jamais seriam questionadas por estarem naturalizadas, mostrando as contingências que

condicionam, delimitam e institucionalizam e existência de determinados saberes e práticas.

Silva (2001, p. 113) mostra que o primeiro movimento da genealogia é o de “desbloquear o tempo histórico para que, através de uma problematização daqueles aspectos tidos como evidentes e banais, se possa então ressignificar o presente”.

Sendo assim, neste estudo, após apresentar as inquietações da pesquisadora, problematizando questões referentes aos campos da saúde, da formação e do trabalho do enfermeiro, apreendeu-se o quanto a noção de cuidado se expressou como algo evidente e natural nas práticas de Enfermagem, estando ainda associado fortemente ao “fazer” (atividade manual), traduzindo uma oposição binária: cuidar *versus* gerenciar.

Assim, a partir da genealogia das práticas de cuidado, problematizou-se o cuidado, situando-o dentro de um determinado campo de saberes/poderes que engendrou arranjos sociais, políticos e econômicos, assinalados na *segunda configuração*, podendo-se ver anunciar de forma transversalizada as dicotomias entre cuidado e cura, bem como questões relativas à temática gênero, fortemente presentes na *primeira configuração* das práticas de cuidado, como também nas outras configurações.

Um outro fato marcante analisado é o quanto o cuidado, ligado ao “fazer”, não se mostrou explícito em passagens históricas, mesmo após a institucionalização da Enfermagem com sua divisão técnica e social do trabalho, ficando difícil visualizar, por exemplo, como as mulheres pertencentes à sociedade (classe diferenciada) e até mesmo as *ladies nurses*, cuidavam de fato dos necessitados e enfermos, não deixando claro o tipo de atividade desenvolvida com os mesmos.

Ressalta-se sobremaneira a associação do cuidado como um objeto

específico da atuação do enfermeiro, como algo que garante a identidade da profissão, tendo preocupação com o sujeito e os princípios como saber ouvir, respeitar, etc., intenções essas que nem sempre são alcançadas na sua concretude, devido à própria forma de organização do processo de trabalho com seus saberes e poderes.

Parece claro, a partir da *terceira configuração*, que o cuidado envolve múltiplos sujeitos e que ele precisa ser compreendido a partir da incorporação de ferramentas de diferentes áreas do conhecimento, como espaço de “integração de saberes que considerem os diferentes fatores produtores do sofrimento que gerou a necessidade do cuidado, bem como as práticas colocadas para aliviar aquele sofrimento” (HENRIQUES; ACIOLI, 2004, p. 297).

Viu-se que diversas teorizações reforçam, de certa forma, dicotomias entre o cuidar e o gerenciar, ao mesmo tempo em que as aproxima como se uma não pudesse ser explicada sem a outra, com vistas à complementaridade das referidas dimensões.

Portanto, discursos dominantes e naturalizados, versando sobre a polarização entre o cuidar e o gerenciar, aprisionam o que se poderia chamar uma *falsa problemática* que encontra apoio no modo de subjetivação capitalístico, com característica homogeneizante, influenciando os modos de pensar, sentir e agir.

Fez-se necessário romper com as evidências do senso comum, analisando os atravessamentos compostos de forças em determinadas formações históricas, bem como o conjunto de práticas que fazia parte de um determinado engendramento do tecido social.

A genealogia das práticas de cuidado com suas configurações histórico-sociais, permitiu dialogar com muitos achados contidos no território das práticas,

propiciando refletir o trabalho do enfermeiro ante as cinco configurações elaboradas, rompendo com as formas de *oposição molar* que são tomadas como objetos naturais do conhecimento. Vale dizer que o *molar* refere-se aos territórios fixos, ou seja, sujeitos, objetos, representações, etc.

Nesse cenário, a genealogia realiza um trabalho “de contínua problematização das evidências que constituem o senso comum, procurando mostrar que cada período histórico é atravessado por uma configuração específica de saberes e de práticas que traduzem um determinado modo de subjetivação”. (SILVA, 2001, p. 112).

4.2 CARTOGRAFIA: A SINGULARIDADE DESSA VIAGEM E A BUSCA POR OUTROS TERRITÓRIOS

O estudo foi escrito em razão das muitas idas e vindas, uma mistura do “eu” (autora) com muitos outros: amigos, artigos, livros, havendo, portanto, uma fusão em que houve soma, divisão, conexões e rupturas, o que originou uma arrumação provisória, inacabada, que poderá propiciar o “mergulho” de vários cartógrafos pesquisadores ou não.

As cartografias são relatos irrepetíveis, que abrem espaços para que outros possam construir sua própria trajetória. Cartografar não se restringe apenas ao desenho de uma realidade, mas à produção de sentidos, relato provisório de uma viagem, à viagem de intervir/pesquisar. (ROLNIK, 1989).

Rolnik aponta, em relação ao papel do cartógrafo, que

o cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado. Está sempre buscando elementos para compor suas cartografias. Este é o critério de suas escolhas: que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composição de linguagem

favorece a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender. Aliás, “entender” para o cartógrafo não tem nada a ver com explicar, muito menos com revelar. (1987, p. 67).

Em rigor, trata-se de uma construção não-pertencente a uma forma clássica de delineamento metodológico. A idéia presente é originar uma produção científica de maneira implicada (trata-se da própria exposição dos interlocutores acadêmicos ou científicos nas suas implicações), permeada pela auto-análise.

Esta autora está em busca de sentidos, por isso, em cada momento da escrita, rompeu, criou, imaginou, e os diversos “eus” não estão totalmente expressos nas linhas que foram construídas. É nas entrelinhas que esses “eus” se encontram de fato, ou seja, é na provisoriedade dos encontros que se teve, que reside a essência de viajantes errantes que somos.

Rolnik, em sua investigação, conceitua a cartografia do seguinte modo:

Para os geógrafos, a cartografia – diferente do mapa, representação de um modo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos- sua perda de sentido- e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. (1989, p. 15).

Neste estudo, a cartografia foi se desenhando na medida em que se viveu uma experiência, observando o trabalho do enfermeiro e os atos cuidadores que se desenharam em um hospital filantrópico, tendo como pano de fundo todas as questões que se têm vivido no setor da saúde.

Nesse movimento, registraram-se os estranhamentos, os sentidos e os não-sentidos, no reencontro com os enfermeiros e usuários, a partir das leituras e releituras das muitas passagens.

Falar de cenário, atores e instrumentos remete a pensar que tudo é passagem, mutante e feito de devires incessantes; linhas que se formam e se

desmancham, alisamentos e estriagens. A produção conecta-se com muitos outros estudos/territórios, sob uma intensa rede de atravessamentos, estando presentes as linhas do instituído.

Bem, para se continuar na “viagem”, preparativos fizeram-se necessários.

4.3 O LOCAL DO ESTUDO: A CARTA NAÚTICA E O PREPARO DA EMBARCAÇÃO

Toda viagem para obter sucesso necessita ser planejada. Há que se ter uma carta náutica e, principalmente, preparar a embarcação.

Pode-se dizer que somente conseguiu-se penetrar no território das práticas após a construção de um *mapa conceitual*. Tal território é caracterizado pela escrita que não cessa sua produção, sendo que há múltiplos olhares e formas e, dependendo do pesquisador-navegador, poderia ser construído de diversas maneiras, ou seja, dependendo da lente refinada do pesquisador, diferentes *performances* poderiam surgir, tendo em vista a latitude e a longitude que uma proposta de estudo comporta.

Dessa forma, o local escolhido foi o hospital, local que se configura pela multiplicidade humana e apresenta, em sua história, muitos pontos nevrálgicos diante da produção e gestão do cuidado, que envolvem diversos profissionais, em especial os enfermeiros.

Sendo assim, trilharam-se os seguintes caminhos pisando em terra firme:

- após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo A), fez-se contato com a Gerência de Enfermagem da instituição escolhida, para que posteriormente fosse enviado um

ofício, com o resumo do projeto, solicitando entrada em campo para a obtenção das informações;

- diante do aceite da instituição (Anexo B), foi agendada uma reunião com a citada gerência, no sentido de clarificar alguns pontos referentes ao procedimento de coleta, bem como para decidir o melhor local (unidade de internação);
- foi ressaltado ainda que os enfermeiros participantes assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), contendo duas vias, com garantia do anonimato e sigilo das informações obtidas.

Em vista disso, após o aceite da instituição, utilizou-se como critério de escolha da unidade de internação, a realização de atendimento exclusivo aos usuários do SUS, tendo em vista todos os questionamentos realizados no início do estudo.

Dessa forma, optou-se por uma unidade de internação que atendia pacientes do Sistema Único de Saúde, com 43 leitos clínicos e cirúrgicos, onde há um fluxo contínuo de trabalho e se concentram atividades do hospital para o cuidado e o tratamento dos pacientes, requerendo a operacionalização de saberes/fazeres de várias categorias profissionais.

Outro critério utilizado foi a necessidade de se ter um enfermeiro fixo, responsável pelos turnos de trabalho da unidade de internação. Sendo assim, a coleta das informações foi realizada nos turnos da manhã e da tarde, ressaltando-se que, no período noturno, não havia a presença de um enfermeiro fixo, mas apenas de uma supervisão geral dos vários setores abertos do hospital.

Em relação a instituição, trata-se de um hospital filantrópico, situado na

Região Nordeste do Rio Grande do Sul, com 200 leitos, sendo que 60% destes são destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde e o restante para conveniados e particulares.

A referida instituição conta com mais de oitocentos funcionários. Ressalta-se que o mesmo é referência na área cirúrgica, pois atende a todas as especialidades médicas, incluindo alguns transplantes, captação de órgãos e principalmente politraumatismos, além de atendimentos de urgência e emergência.

Em relação à constituição organizacional, possui um organograma que indica verticalmente a hierarquia e horizontalmente as linhas de comunicação estabelecidas entre os diversos serviços que o compõem. No topo há um conselho administrativo que contempla um diretor, que subordina todos os chefes dos serviços.

Seguindo o diretor administrativo, estão os diretores clínicos e técnicos, seus assessores, assistente administrativo e gerência dos serviços.

O diretor clínico coordena o campo clínico, escala de serviços e tem a responsabilidade de responder pelas queixas acerca do atendimento médico.

O diretor técnico resolve questões técnicas relativas ao corpo médico. Subordinados a essa mesma direção, em uma mesma linha hierárquica, estão a divisão econômica e financeira – responsável pelo departamento financeiro, a contabilidade, faturamento, serviço de prontuário do paciente, materiais, farmácia e informática.

A divisão administrativa é responsável, entre outros, pela recepção/PABX, portaria, manutenção, copa/cozinha, higienização, lavanderia, obras.

E a divisão assistencial, por sua vez, encarrega-se da agência transfusional, revisão de faturamento, enfermagem e comissão de controle de infecção hospitalar.

Em relação ao serviço de enfermagem, o mesmo está organizado de forma hierarquizada, seguindo o organograma do serviço de enfermagem: diretor-geral, no topo, seguido pela gerência de enfermagem, que é assessorada pela comissão de controle de infecção hospitalar, auditoria de contas, secretaria e agência transfusional, sendo que, no próximo nível hierárquico há as coordenações de área; a terapeuta ocupacional; a assistente social e os supervisores.

Logo abaixo, a enfermeira da unidade que coordena, os técnicos de enfermagem e a auxiliar de posto.

A gerência relaciona-se com todas as demais áreas da instituição direta ou indiretamente. A função desse setor é zelar pela prestação da assistência de qualidade, tendo como foco principal o cliente.

4.4 OS INSTRUMENTOS DE NAVEGAÇÃO

Percorreram-se caminhos e descaminhos. Em consequência, obtiveram-se informações por meio de observações de campo, realizadas pela própria pesquisadora, que foram sistematizadas em um Diário de Bordo.

Vale dizer que a observação é uma forma de captar a realidade empírica e, para que se torne válida, há que se ter um planejamento em relação ao que observar e como observar.

Gonçalves (1994) relata que a observação direta do processo de trabalho em ato abre espaço para uma maior visibilidade de sua lógica interna, visto que permite acompanhar e registrar os movimentos, os discursos e as ações dos trabalhadores envolvidos.

Portanto, no presente estudo utilizou-se a observação do tipo participante como observador, em que segundo Minayo,

o pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como meramente de campo. A participação, no entanto, tende a ser a mais profunda possível através da observação informal, da vivência juntos de acontecimentos julgados importantes pelos entrevistados e no acompanhamento das rotinas cotidianas. A consciência dos dois lados de uma relação temporária (enquanto dura o trabalho de campo) ajuda a minimizar os problemas de envolvimento que inevitavelmente acontecem, colocando sempre em questão a suposta "objetividade" nas relações. (1999, p. 142).

Diante da opção pelo tipo de observação, planejou-se como deveria ser a entrada e a permanência no campo, tendo em vista aspectos relacionados ao vínculo pesquisador-enfermeiro-equipe e ao acompanhamento do processo de trabalho nos turnos da manhã e da tarde. Assim, levou-se em consideração a necessidade de permanência integral nos turnos de trabalho, durante a primeira semana de observação, que se configurou como uma espécie de "aquecimento".

Transcorrida a primeira semana, as observações foram realizadas não contemplando, necessariamente, turnos de seis horas. Por outro lado, tomou-se o cuidado de a permanência não ser inferior a três horas.

Dessa forma, foram realizadas 62 horas de observação do trabalho do enfermeiro (atos cuidadores), durante os meses de maio e junho de 2005, nos turnos da manhã e da tarde. Vale dizer que foi utilizado o critério de saturação (POLIT; HUNGLER, 1995), quando se considerou que as informações se tornaram reincidentes e deram mostras de exaustão.

Percebeu-se, nos primeiros dias, que um dos enfermeiros observados sentia-se pouco à vontade, como se estivesse sendo "espionado", mas já se sabia que haveria a necessidade de empatia e confiança e, sendo assim, quando surgiam brechas, colocavam-se algumas questões acerca do estudo, ou seja, que não se estava ali para julgar o "certo" ou o "errado", mas para entender que movimentos

estão/estiveram presentes no processo de trabalho do enfermeiro, levando-o a produzi-lo de determinada forma.

É importante dizer, também, que a pesquisadora, durante sua permanência na unidade, foi apenas um expectador, para que o trabalho da Enfermagem seguisse seu fluxo cotidiano. Ressalta-se que, em muitos momentos, foi oferecida ajuda, como: transportar pacientes da maca para o leito; colocar biombos para a realização de procedimentos e dar algumas orientações técnicas acerca de alguns procedimentos, quando solicitadas pelo enfermeiro (salinização de cateteres, realização de curativos, sobre diabetes e mecanismo de ação das insulinas).

Foi possível perceber que, em muitos momentos, os enfermeiros tinham a necessidade de trocar informações com a pesquisadora posto que constatou-se que tal envolvimento facilitou sua aceitação no campo, abrindo espaços férteis para a realização de observações.

No que tange aos técnicos em Enfermagem, embora os mesmos não fossem foco de observações, foi necessário apresentar-se no instante que se adentrou o campo, o que foi de grande valia, uma vez que os mesmos foram muito receptivos e não expressaram preocupação com essa presença. Muitas vezes se teve a impressão de que “era como se não estivéssemos lá”, pois eles falavam sobre aspectos de trabalho com o enfermeiro, utilizando, muitas vezes, expressões verbais e corporais despidas de caráter técnico-profissional, sem o menor constrangimento em relação à pesquisadora.

Outro fato que chamou a atenção foi o desinteresse dos técnicos em Enfermagem e dos enfermeiros em saber o que se estava registrando no Diário de Bordo (conteúdo dos registros), uma vez que (realizavam) anotações no ato das observações. Tal fato pode ser explicado tendo em vista que, ao se iniciar as

atividades de observação no campo, explicou-se a todos (principalmente para os enfermeiros e posteriormente para os técnicos) o objetivo dos registros no Diário de Bordo e, caso alguém tivesse o desejo de apreciá-lo, o mesmo estaria disponível.

Minayo (1994) tece que para o grupo observado importa mais o comportamento do observador do que a base lógica dos seus estudos, pois as pessoas querem ter a certeza de que não serão traídas ou prejudicadas.

Assim, assumiu-se a postura como observadora, mas sempre com a preocupação de deixar um canal aberto para o diálogo, que também fez parte da constituição do Diário de Bordo, visando a criar proximidades e confiança. Percebeu-se, também, a necessidade de afastamento em algumas situações, não sendo possível acompanhar todos os diálogos e as atividades, ou seja, teve-se atenção especial para a linguagem não-verbal do enfermeiro e no que diz respeito ao seu espaço de atuação, como uma preocupação ética.

Em relação à utilização do Diário de Bordo para efetuar os registros das observações, cita-se Baremlitt (1998), que mostra que a cartografia foi criada a partir de relatos objetivos e subjetivos, em uma espécie de Diário de Bordo de uma “viagem” única e irrepetível.

Dessa forma, o Diário de Bordo, com seu movimento, velocidade e intensidade, pode também se constituir em um “mapa”, que pode possibilitar a outros viajantes construir sua própria caminhada.

Por conseguinte, neste estudo, pôde-se apontar a existência de dois mapas: o mapa conceitual, que buscou construir sustentações teóricas no início do estudo, e um outro mapa, originado a partir das observações realizadas no campo das práticas e registradas no Diário de Bordo.

O Diário de Bordo, em sua parte descritiva, abrangeu a descrição dos fatos

e das atividades, a transcrição das falas dos sujeitos, bem como a descrição de alguns comportamentos não-verbais dos enfermeiros e da equipe com o enfermeiro, incluindo ainda conversas com os participantes.

Há, ainda, comentários pessoais da pesquisadora, suas impressões e algumas inferências diante de algumas situações, tendo em vista as construções teóricas realizadas.

Embora tenha sido difícil registrar os fatos no momento em que aconteciam, procurou-se fazer anotações breves que, ao final do turno de observações, eram complementadas e detalhadas. Por outro lado, registraram-se na íntegra trechos de diálogos do enfermeiro com outros agentes envolvidos no processo de produção, para que fossem fiéis ao ocorrido.

Portanto, ao final de cada dia de observação, o diário foi reescrito manualmente, “passado a limpo”, para que as informações ficassem legíveis e organizadas para fins de documentação.

É importante lembrar que os fatos/diálogos observados não estiveram desprovidos de análise, uma vez que as ferramentas teóricas direcionaram o olhar e aguçaram os sentidos da pesquisadora o tempo todo; sendo assim, foi um processo dinâmico de ver e se rever.

4.5 COMO FOI EXPLORADO O MATERIAL PARA A ANÁLISE

Em relação à organização e à análise das informações, as mesmas se constituíram a partir de uma mescla de leituras, autores, interlocuções diversas, acadêmicas ou não, sempre inacabadas, provisórias.

Não se pensou em um modelo específico de organização e análise das informações, mas se podem apontar aqui os caminhos trilhados.

De posse de todos os registros do Diário de Bordo, foram feitas leituras e releituras do material, momentos repletos de reencontros com os enfermeiros, equipe e usuários. Alegres e tristes lembranças se fizeram presentes. Salienta-se que também foi um momento de reencontro com nossos questionamentos e escritos teóricos.

Ludke e André referem que

outro ponto importante nesta etapa é a consideração tanto do conteúdo manifesto quanto do conteúdo latente do material. É preciso que a análise não se restrinja ao que está explícito no material, mas procure ir mais fundo, desvelando mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados. (1986, p. 48).

Realizaram-se dois principais movimentos de leitura: um pontual sobre cada dia de observação, e outro longitudinal, ou seja, a análise de todos os dias de observação entre si ao longo do tempo, sem procurar diferenciar a que turno pertenciam. Nesse processo, foram se conformando temas analisadores por meio das linhas e superfícies que delimitavam segmentos e territórios de referência.

Extraíram-se fragmentos do Diário de Bordo, que foram postos ao lado de escritos teóricos, de poemas, de recortes, de lembranças... Portanto, fez-se uma espécie de bricolagem. Segundo Baremblytt (1998), bricolagens são arranjos de selvagens numa clareira da mata, utilizando-se de diferentes objetos escolhidos a esmo: paus, folhas, flores, cascas, penas, etc. e que, juntos, são colocados lado a lado, com o descompromisso com a permanência, com a admiração e com a eternidade. É arte passageira que tem como critério de belo a junção de elementos aparentemente desconexos, sendo uma produção de diversas subjetividades, uma mescla de reflexões.

Vários autores, poetas, compuseram o texto, dando movimento aos escritos, procurando a multiplicidade.

A viagem foi contada a partir da produção de um hipertexto que pode ser definido como um conjunto de nós ligados por conexões. Os nós podem ser palavras, páginas, imagens, gráficos, sequências sonoras, documentos complexos, que podem eles mesmos ser o hipertexto. Os itens de formação, não-ligados linearmente, estão como em uma corda com nó, mas cada um deles, ou a maioria, estende suas conexões de modo reticular.

O leitor se engaja num processo ativo, pois a leitura é feita de interconexões à memória do leitor, às referências do texto, aos índices e ao índice que remetem o leitor para fora da linearidade do texto.

Lévy (2002) propõe seis princípios abstratos para caracterizar um hipertexto:

- princípio da metamorfose: está em constante produção e renegociação;
- princípio da heterogeneidade: formado por nós e conexões se conectando com o leitor;
- princípio de multiplicidade: as conexões e os nós são abertura para uma rede e levam para múltiplos sentidos;
- princípio da exterioridade: o texto se afeta e se faz afetar desde encontros;
- princípio de topologia: tudo funciona por proximidade. Os conceitos lado a lado formulando provisória geografia;
- princípio de mobilidade dos centros: no hipertexto não há um centro fixo, visto que os centros são móveis e crescem para todo lado (rizomático).

A construção do texto que se pretende comportou um processo de ir e vir, de muitos desmanches, originando uma *performance* texto-errante, provisório, sempre em processo de devir.

A CARTA

5 TERRITÓRIO DAS PRÁTICAS

Na bagagem para a caminhada em terra firme: Diário de Bordo, caneta, vontade, sentidos.

Num primeiro momento, parecia um território aparentemente conhecido e que, inicialmente, haveria pouco a contar de si.

Observando-o e conhecendo-o gradativamente, foi possível caracterizá-lo como um terreno móvel de contornos variados, ora liso ora estriado e múltiplo em suas paisagens, cores e habitantes.

Após percorrer alguns de seus contornos, o território pareceu bem familiar e, foi assim, que iniciaram os registros, lembrando de experiências passadas aliadas às primeiras semelhanças e movimentos avistados. Não se pertencia ao território e, portanto, o medo, as desconfianças e os receios ficaram à flor da pele naquele momento.

No primeiro contato com seus habitantes, houve muitos desconfortos e incertezas; pode-se dizer que prontamente se afetou e foi afetado: sensações que percorreram o corpo e expressaram-se sobremaneira na forma de olhar e sentir. Explorar não era o único objetivo, uma vez que se desejava também deixar um pouco de si. Para suportar o forte ritmo de trabalho, os habitantes-chamados de Técnicos de Enfermagem, vestiam-se de branco, sendo que dois deles, chamados de enfermeiros, portavam uma vestimenta azul sobre a branca, como forma de diferenciação. Os sapatos eram brancos, alguns já um pouco castigados pelo tempo, pelas andanças.

Havia predominância de mulheres, algumas de cabelos curtos e outras, com seus cabelos presos, quando compridos. Pareciam gostar de adornos, mas sem extravagâncias.

Percebiam-se muitos olhares cansados e, mesmo assim, o corpo respondia

aos anseios da produção que se avizinhava. Faziam rodízios nos turnos de trabalho que eram de seis horas. Vocês podem estar se perguntando agora: mas que tipo de trabalho desenvolvem? Que características possui tal território?

Os habitantes que são conhecidos cuidam de outras pessoas, pessoas que adoeceram e necessitam de outros tantos corpos para serem cuidadas.

Nasceram impulsos para conhecer um pouco dessa realidade e perguntávasse o tempo todo: o que ela traz de diferente?

É bem verdade que construções teóricas fizeram com que o desejo de conhecer trilhasse um determinado caminho dentro do território, centrando o olhar em algumas questões específicas: os atos cuidadores.

Após um contato mais íntimo com os enfermeiros do local, explanaram-se as intenções de pesquisa e também a pesquisadora se vestiu branco, no sentido de aumentar a sensação de pertença.

Os enfermeiros foram solícitos ao pedido, mesmo em face de tantos possíveis desconfortos. Dessa forma, iniciou-se a jornada e os escritos no Diário de Bordo.

Aos poucos, imersos em observações, escritos, livros e teses, conseguiu-se apreender um primeiro microterritório na incessante lida da produção.

5.1 MÁQUINA PARANÓIA: CAPTURAS E PRODUÇÃO DE SENTIDOS

Nesse território, foram encontrados modos instituídos, ou seja, capturados pelo tempo, pelas regras, rotinas, que bloqueiam o aparecimento do desejo ante a produção.

Entende-se que o pólo paranóia faz seus habitantes exprimirem sentimentos

de estar na vitrina, de perseguição (temem a supervisão, o médico, a chefia), medo e desconfiança – estou sendo observado e controlado o tempo todo! O corpo é máquina reprimida que pode deixar revelar seus segredos cotidianos mais íntimos. O pensamento capturado não permite aflorar devires, desejos. Corpo e pensamentos aprisionados, estilhaçados, sem a possibilidade de inscrever linhas de fuga, estão à mercê da violência cognitiva da razão.

Existe um imenso labirinto com muitos espelhos, o que parece não ter saída, sendo o tempo todo monitorado, controlado.

Segundo Deleuze e Guattari (2000), o modo de funcionamento paranóico representa a hierarquização, a repetição, a sequência, pontos de antiprodução da vida... labirintos, espelhos.

Observa-se uma dinâmica intensa de trabalho que pode ser comparada a uma máquina de reprodução.

Na unidade de internação, a máquina paranóia mantém a impessoalidade, condições de trabalho inadequadas, silêncio, lei da rotina, lei do tempo – linhas de segmentaridade duras e circulares presentes - o programa em ação: reproduzir, silenciar. Mecânica corporal de obediência e submissão.

Sentia-se impotência no território, estranhas as pessoas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem...). Foram feitas anotações no Diário de Bordo e pensou-se, o tempo todo, no papel de docente: “o que ensinamos?” Como estamos ensinando?” Angústia que transborda e inunda tudo. Ficar à deriva é o resultado de um processo, de um momento solitário e também coletivo.

Fez-se da escrita um modo de desabafo e, acima de tudo, uma forma de metamorfosear o pensamento.

Durante as andanças pelo território das práticas, houve a necessidade de

pausa, de diálogo com um dos enfermeiros observados. Foram escutadas suas inseguranças, seus medos e suas aflições: “o que será feito das observações?” “Como o hospital verá isso?”

Houve acolhida, reflexão. Expuseram-se mais uma vez os propósitos da pesquisa, os desejos. Sentimentos e palavras de cooperação se fizeram presentes no discurso do enfermeiro, o que propiciou um momento de bem-estar ante o desafio: deixar que aparecessem as mazelas do cotidiano de trabalho; mostrar-se por inteiro: “vou fazer como sempre faço, sem esconder as coisas como elas são!”

As preocupações reveladas engendram no seu íntimo múltiplos elementos, como: jogos de poder, estar na vitrina, camuflar situações de trabalho conflitivas, dualidades formação/trabalho, etc. Entendeu-se a necessidade posta e salientou-se que tudo funciona em prol da manutenção da vida institucional.

Sigamos em frente, navegando em terra movediça!

5.1.1 A LIDA COTIDIANA É UMA PARANÓIA: MÁQUINA DE CAPTURA

Todo absurdo é apenas o avesso de uma coisa que parece lógica e racional, como o lado de uma tapeçaria, escondido contra a parede. O absurdo é o avesso do mundo. Aí fiquei a me perguntar: Esse absurdo é o avesso de quê? (ALVES, 2000 p. 30).

Receber plantão, checar prontuários, realizar o aprazamento de medicações e procedimentos técnicos (punções venosas, curativos, etc.) e, quem sabe, tentar olhar de fato para o usuário.

O enfermeiro entra em um quarto e tenta desobstruir um acesso venoso, enquanto conversa com o paciente apenas sobre o procedimento. No quarto há outros quatro pacientes (com tração cutânea, cateteres, recebendo heparina em bomba de infusão), mas ela (enfermeira) adentra o quarto e não olha para os outros pacientes... sai do quarto.(Diário:2/6/05).

O cenário observado expressa dois lados de uma mesma moeda, ou seja, reproduzir modos de trabalho instituídos, dominar para controlar os corpos trabalhadores e os corpos cuidados, mantendo uma lógica de produção que faz acreditar no dar conta de todos os processos que ali se fazem e desfazem. No outro lado, pode existir a resistência à exploração, à dominação, como uma linha circular mais flexível, porém, com seus gritos silenciosos que não produzem eco na equipe de saúde, em especial, na equipe de enfermagem.

Existe um processo excludente, formado pela linha de segmentaridade dura, que por sua vez resulta em agenciamentos duais e escolhas binarizadas, fixando códigos e territórios (faço isso ou aquilo; o meu ou o seu!).

Em decorrência, acredita-se que os enfermeiros sentem-se perseguidos pelos procedimentos, pelas rotinas e pelas normas, embora, muitas vezes, tais perseguições não sejam trazidas para o plano consciente, não permitindo se fazer circular nos pensamentos e nos corpos já tão automatizados pelo tempo, pelas andanças.

Enfermeiro: “- Ainda tenho que fazer uma sondagem... Faço uma coisa ou outra!”
(Diário: 16/6/05).

Passar plantão é uma obrigação que deve ocorrer mediante o preenchimento de uma planilha do setor.

Enfermeiro olha um prontuário em busca do diagnóstico médico para preencher a planilha, pois relata que não acompanhou a passagem de plantão... Duas campainhas tocam, o enfermeiro está só no posto de enfermagem e não se mobiliza. Pega outro prontuário, olha a folha de prescrição e preenche a planilha. (Diário: 01/6/05).

Há um ritmo subjugado de trabalho para manter o programado, “a vantagem

do programa é evidentemente uma grande economia: não há o que refletir, tudo se faz por automatismos”. (MORIN, 2003, p. 130). Assim, o modelo de racionalidade e funcionalidade deixa de ser abstrato e passa a ser automatizado, a partir de sua maquinaria rígida, sem possibilidades de flexibilização, aparecendo no cotidiano atos cuidadores, capturados pela lógica capitalística que ali imprime seu ritmo acelerado.

Tem-se presente um traço contido na *terceira configuração* das práticas de cuidado, relacionado a economia de tempo e movimento, para dar conta das tarefas hospitalares, focado no treinamento disciplinar, que foi enfatizado na Enfermagem moderna.

Tal dinâmica não afeta única e exclusivamente o enfermeiro, uma vez que a equipe de enfermagem também produz e reproduz o sistema que os impregna e os aprisiona.

Enfermeiro organiza prontuários, faz o aprazamento das medicações e assinala, na mesma folha, pedido de material de consumo necessário. Campanhas tocam, mas sem a mobilização dos técnicos de enfermagem que se encontram (todos) preparando as medicações do horário. O enfermeiro continua checando os prontuários, guarda os já verificados e pega outros. (Diário: 1/6/05).

O cuidar como causa a ser alcançada pelos profissionais pode ter um fim em si mesmo. “A medida que se persegue o cuidar, algumas coisas se endurecem, cristalizam e deixam ficar só o ‘corpo’ inerte sobre a cama.” (SILVA, 2005, p. 89).

O paciente grita, pede ajuda por intermédio da campainha. Aqui, os gritos não são silenciosos, mas também não são ouvidos. O enfermeiro e a equipe são tragados pelo tempo, pelos horários, pelas rotinas, pela clínica do corpo fragmentado que não tem voz e muitas vezes não tem identidade, ou seja, há uma construção cotidiana do sujeito “paciente”, que não decide e que espera.

Técnica de enfermagem relata ao enfermeiro: “- O paciente do quarto 45 está com dor na barriga.” Enfermeiro pega o prontuário do paciente e diz: “-Vou ver se tem alguma coisa prescrita”... Após, pede para a técnica de enfermagem fazer a medicação que havia na prescrição. (Diário: 2/6/05).

Enfermeiro pergunta para um técnico: “- O paciente do 41-A tá de jejum?” (Diário: 2/6/05).

Técnico de enfermagem diz ao enfermeiro: “- Minha paciente do 47, obesa, tá com punção aqui (aponta para a região do antebraço), sangrou, sujou toda a cama... É grossa e o que é que eu faço?” Enfermeiro diz que irá ao quarto (mas não vai!). (Diário: 3/6/05).

Manter o programa em ação não exige envolvimento, basta apenas o leito, o exame e/ou a patologia. Seria ingênuo e reducionista apontar para um discurso repleto de culpabilizações ao enfermeiro e a equipe de enfermagem. Observa-se movimentos de uma gestão clínica sem identidade, segundo a lógica das profissões, que também é a lógica do hospital e, assim, o desenvolvimento de atos cuidadores que despersonalizam o usuário, impessoaliza as relações, criando o que se pode chamar tutela outorgada, que não faz circular uma ética solidária no atendimento.

No hospital habitam diferentes mundos que se afetam, mas que não se falam; que se olham, mas não se enxergam. Os profissionais afirmam possuir um objetivo: o cuidar do corpo. “Um corpo inerte e passivo que se deixa tocar, limpar, perfurar e do qual muito se sabe, mas pouco se sente.” (SILVA, 2005, p. 88).

Os usuários também são dominados, considera-se que eles não tem um saber e podem se tornar uma “carga” para a equipe, tendo em vista o que há de ser feito, cumprido, pelo que está instituído e rotinizado.

Toca uma campainha e o enfermeiro dirige-se até a porta do posto de enfermagem e verifica qual é o quarto, dizendo para uma técnica de enfermagem: “- É o paciente do quarto 30; só pode ser ele. Toda vez a gente tem que ir lá e ele reclama ou pergunta do médico.” (Diário: 3/6/05).

No posto de enfermagem, o enfermeiro faz registro na planilha, enquanto a técnica diz: “ - Olha a preocupação da mulher do paciente em quem vai limpá-lo, se ele fizer coco ou xixi..(técnica ri e continua) né? (para o enfermeiro), usou, usou ele e agora, na hora do vamos ver, não quer limpa-lo.” O enfermeiro continua suas anotações na planilha e não diz nada. (Diário: 6/6/05).

Enfermeiro orienta técnica de enfermagem dizendo: “- Olha, essa paciente tem que andar no corredor (mostra o prontuário), o médico pediu, mas tu tem que ficar com ela, caso ela se sinta mal...” A técnica sorri e diz:- “Eu tenho que andar com ela?!” (suspira e termina) “-Tem que ter tempo” (sai do posto). O enfermeiro olha para mim e diz: “- Tô de olho nela (na técnica), ela não quer cuidar dos pacientes.” (Diário: 5/7/05).

O usuário, se constitui refém da lógica hegemônica do saber/poder dos *experts*. Submete-se a ele e o confirma, muitas vezes abrindo mão do seu próprio saber sobre a vida. Nessa realidade há a configuração da superfície de registro-controle, com suas linhas de segmentaridade dura, que lutam pela manutenção do sistema, promovendo a produção da reprodução, fatos presentes na *quinta configuração* das práticas de cuidado.

Sendo assim, “tornar-se paciente” pressupõe ter que entrar na rotina, com hora para dormir, tomar banho, se alimentar, deambular, responsabilizar-se em avisar quando um soro acaba, ter que desfazer-se de seus objetos, de sua história, para se tornar um número, um rótulo, ou seja, objeto de uma ficha médica ou da enfermagem e, principalmente, ser agradável a todos; é só apertar a campainha quando muito necessário.

O enfermeiro e a equipe de Enfermagem tem dificuldade de sair do conhecido e navegar por águas desconhecidas de uma outra produção de saúde que se almeja: humana, integral, que busca a participação do usuário ajudando o mesmo a se constituir como sujeito de sua história.

Ser usuário disciplinado, é não questionar o processo que está vivendo; não reclamar das dores que sente: dores do corpo. Há que se destacar um paradoxo: no

hospital, ser paciente significa ser sem autonomia, sem poder de decisão. Externamente às muralhas do hospital, ao contrário, há a necessidade de um sujeito que se autocontrola, autogoverna e autovigia, o qual Ortega:

O eu que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade; [...] reproduzem no foco subjetivo as regras da biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos na construção das identidades pessoais, das bio-identidades.(2002, p. 155).

As bio-identidades referidas na *quinta e sexta configurações* das práticas de cuidado apontaram que os indivíduos que não se cuidam, são considerados desviantes e onerosos ao sistema. Tais valores estão respaldados por constantes biológicas (exames, taxas de glicemia, etc.).

Enfermeiro em conversa com uma técnica de Enfermagem: “- O seu M. Interna e vai embora. Volta pior... continua bebendo! Tá aí, cada vez pior. Quem procura, acha! A família nem vem vê-lo.”

Técnica de Enfermagem: “- Ainda bem que tem um quarto só pra eles... eles se entendem!” (Diário: 7/7/05).

O usuário é considerado, de fato, como um desviante, ou seja, como aquele que não quer se ajudar, sendo abandonado pela família. No hospital, há quartos específicos para determinados problemas de saúde, funcionando como uma forma de esquadrihar o espaço hospitalar, de maneira prescritiva, através de um controle contínuo e instantâneo, característica presente na *terceira configuração*, desdobrando-se na *quarta e quinta configurações*, ao se aliar ao aspecto prescritivo.

Tendo em vista as passagens do Diário de Bordo, ora citadas, observa-se que o usuário passa a ser um incômodo para a equipe e deixa de ser o foco, a razão, havendo a necessidade de responder a uma disciplina que silencia os corpos cuidados e desvela relações de poder, de dominação, sendo o paciente aquele que espera, que acata.

O enfermeiro vai até o leito de um paciente para retirar o intracath: “- Oi, vamos tirar?!... Vamos mandar a ponta para exame?”

*Paciente: “- Quem manda é você, manda quem pode e obedece quem precisa”.
Enfermeiro (risos). (Diário: 8/6/05).*

Fica nítido o quanto o usuário se sente assujeitado numa situação de hospitalização, e o quanto o seu saber não está provido de poder. O enfermeiro, detentor de saber perante o usuário, pode fazer aflorar nos corpos cuidados sentimentos que não revelam autonomia, participação, reforçando-os como sujeitos que apenas esperam e, aqui, querer não é poder, além de não haver resistência à exploração.

Sant’Anna analisa a condição de internação, referindo que

Uma vez internado, o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de um sentimento de “falta de existência”, como se ele ficasse repentinamente em déficit para o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; suas diferenças de sexo, idade e profissão tendem a ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía. (2001, p. 31).

Há regulamentos por toda parte; até o nome “posto de enfermagem” inspira controle de certa forma militar, disciplina, local de onde demandam as ordens e se decide sobre a vida dos usuários. Local onde a clínica, como um domínio médico, não é coletiva, a partir de uma estruturação rígida: “eu mando, e você faz”.

Ressalta-se que o usuário não é o marcador do cuidado. Os atos cuidadores estão centrados no procedimento e, portanto, não produzem acolhimento.

A ação do enfermeiro fica presa na superfície de registro controle, pressionada pela quantidade de pacientes e procedimentos a serem realizadas. Lembra-se, que a unidade de internação possui 43 leitos, fato que não pode ser desconsiderado.

O enfermeiro fica meio sem rumo:

Enfermeiro: “- Eu estava de folga e não conheço a maioria dos pacientes. Não sei se começo a fazer os curativos de intracath ou começo a visita pelos pacientes mais complicados. Se eu não fizer os curativos... terei que passar para o outro plantão...é problema!” (Diário: 9/6/05).

O enfermeiro se sente pressionado, pois deixar procedimentos para o outro plantão pode se configurar como um problema, o que deixa nítido que os plantões não expressam continuidade. Cada enfermeiro tem que dar conta de realizar todas as atividades previstas para evitar conflitos entre as equipes. Por outro lado, exprime a necessidade de conhecer os usuários, explicitando que pode começar pelos pacientes mais complexos, o que poderia ser, portanto, uma estratégia.

A vida cotidiana está repleta de atravessamentos institucionais. O enfermeiro sente dificuldade em lidar com as situações que se apresentam, mas não consegue publicizar suas angústias com a equipe de enfermeiros, ou até mesmo com a equipe multiprofissional, visto que a clínica é pertencente às corporações, não sendo, portanto, a clínica da equipe de saúde.

Apreenderam-se alguns sussurros presentes na Enfermagem, entre enfermeiro e técnico de enfermagem; entre enfermeiro e usuário, e entre o técnico e usuário, que traduzem uma mecânica de trabalho e de relações, de certo modo antiprodutivas, na perspectiva da integralidade e da humanização, expressando acomodação, disciplinamento, dominação e mudez do usuário. Em contrapartida, é possível também avistar uma mecânica corporal de rejeição aos ditos institucionais, mas que não consegue vingar e que pode encontrar refúgio nas condições inadequadas de trabalho, escassez de material, na ausência de um canal efetivo de comunicação com o médico.

Técnico de enfermagem diz para o enfermeiro: “- Não tem aparelho de pressão no posto!”

Enfermeiro: “- Um quebrou e o outro tá por aí.”

Técnica de enfermagem: “- Vou pedir emprestado.”

Enfermeiro: “- Vai, vou fazer o quê, nunca tem nada aqui!” (Diário: 8/6/05).

Kernberg (2000) aponta a existência de dois tipos de organização, ou seja, a de requisito e as paranogênicas. As organizações de requisito são aquelas com estrutura administrativa funcional, onde há harmonia entre responsabilidade e autoridade, havendo a possibilidade de conseguir o número certo de pessoas para a tarefa num momento adequado, oportuno. As organizações paranogênicas são caracterizadas por um ambiente hostil, de rivalidade, permeado pelo medo, pela ansiedade, que tem, como causa mais comum de paranogênese, a própria escassez de materiais e de condições de trabalho.

Aluno do curso técnico de enfermagem pergunta ao enfermeiro: “- Não tem mais lençol e a fronha do travesseiro do paciente está suja. O que é que eu faço?”

Enfermeiro: “- Vou pedir para a higienizadora descer lá na lavanderia e se lá não tiver não vai dar para trocar por enquanto.” (Diário: 6/6/05).

Familiar entra no posto de enfermagem e diz ao enfermeiro: “- Preciso de uma bacia pra banho!” O enfermeiro responde: “- Ainda não subiu da central de materiais.”

Familiar: “- É que ela tá toda cheia de sangue.”

Enfermeiro: “- Nem roupa de cama tem e aí nem adianta dar banho agora.”

Acompanhante: “- É que eu preciso ir pro trabalho e não vou poder dar o banho.” (Diário: 8 /6/05).

Em relação aos fatos mencionados, arrisca-se a dizer que o trabalho do enfermeiro, focado demasiadamente no ambiente e no controle dos materiais, pode ser resultado de tais deficiências institucionais que o pressionam, uma vez que ele é cobrado o tempo todo pelos funcionários da Enfermagem, pela equipe multiprofissional, por pacientes e familiares, para que a produção do cuidado ocorra,

originando um foco de tensão, que traz ansiedade, desgaste e estresse no trabalho, agregando, ainda, que o enfermeiro é o profissional que mais diretamente é cobrado pela própria instituição, por intermédio das chefias, um rígido controle (previsão e provisão de materiais), causando momentos de intensa paranóia cotidiana.

Vale dizer, que o enfermeiro também pode se refugiar na escassez de equipamentos institucionais como um subterfúgio, que justifica desqualificação aos atos cuidadores.

Outro ponto importante, se refere a gestão do cuidado realizada pelo enfermeiro que utiliza de saberes administrativos calcados na Abordagem Clássica da Administração, enfatizado o controle de materiais, controle das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem e o controle sobre os próprios usuários.

Ribas-Gomes aborda que o mundo do hospital tem seu funcionamento baseado na lógica do lucro, tendo em vista o mercado competitivo e que,

a partir do século XIX, passaram a sofrer influência do setor econômico-financeiro. Se em tempos mais remotos o sobrenatural, a caridade e as guerras foram os fatores que mais influenciaram na organização dos hospitais, de lá para cá a demanda de custos é o grande desafio que se coloca em pauta.(1999, p. 40).

Reside aqui, a produção de atos cuidadores permeados por aspectos de tecnologia dura, que tomam tempo e da qual o enfermeiro não pode fugir, estando presentes linhas de segmentaridade dura (binária e linear). Por outro lado, reclamar multiplamente e reforçar a rotina pode ser uma linha de sequestro que não permite aflorar devires, criatividade. Cair na comodidade, reproduzir será a saída?

Enfermeiro conversa com uma técnica de enfermagem: “- Tá difícil trabalhar aqui. Falta um monte de material; tem que sair pedindo nos outros setores.”

Técnica de enfermagem: “- O hospital só exige, a gente faz o que dá...Depois ficam falando em qualidade.” (Diário: 2/6/05).

Observa-se uma outra linha de captura rumo a deixar tudo como está,

engendrando uma desesperança que pode causar uma grande dose de paralisia, deixando-se capturar pela hierarquia, pela vontade de não prosseguir, etc.; sentimentos de impotência podem aparecer impedindo-os de aceitar os desafios e entender as limitações, tornando-os incapazes de pensar coisas diferentes e de dizer o diferente.

Uma passagem de Alves impele a refletir sobre paralisia e a estagnação face ao que está instituído. Cortam materiais, cortam espaços de escuta, espalha-se um controle de qualidade do pensamento, cortando “as asas da imaginação a fim de que ele marche ao ritmo dos tambores institucionais”. (2002, p. 51).

Considera-se a existência de conflitos entre a instituição e os processos de trabalho no seu interior, que afetam sobremaneira na produção do cuidado. Entretanto, o que se vê emergir em tal cenário diante das muitas cobranças feitas ao enfermeiro e pelo enfermeiro, no que se refere a escassez de equipamentos, é a naturalização dos referidos ruídos que acabam não se constituindo como analisadores, principalmente para a equipe de enfermagem.

É importante salientar que, sendo as instituições hospitalares capturadas pela prevalência da taylorização de seu trabalho, há uma forte orientação para uma atuação numa “concepção ritualística”, a qual, segundo Lopes,

caracteriza-se pela centralidade conferida ao cumprimento das tarefas e ao estrito cumprimento das regras que as formalizam [...] porque legitima que apenas sejam realizadas as tarefas indispensáveis para o cumprimento das rotinas diárias, e que neste se esgote a sua implicação profissional. (1994, p. 71).

Pode-se captar a satisfação de um técnico de enfermagem que estava auxiliando um enfermeiro no preparo de material para uma sondagem vesical de demora:

O enfermeiro se prepara para a realização de uma sondagem vesical de demora; separa os materiais, no posto de enfermagem, com a ajuda de uma técnica de enfermagem. O enfermeiro diz: “- Tenho mais uma sondagem para fazer e depois uma punção.” (Sorri, com expressão cansada). A técnica de enfermagem que estava ao lado olha para mim e diz: “- Tá vendo como a nossa enfermeira trabalha, vai lá e faz, não fica com a prancheta na mão!” O enfermeiro sorri mais uma vez e dirige-se ao quarto para a realização do procedimento. (Diário: 9/6/05).

Aponta-se para a realização de procedimentos que envolvem uma alta densidade tecnológica, que se apresentou como uma necessidade na *quarta configuração*, exigindo a formação de enfermeiros capazes de incorporar a tecnologia sofisticada que adentrou o hospital, impelindo os enfermeiros, não somente a realização de procedimentos técnicos complexos, como também, a utilização de ferramentas administrativas para disciplinar e controlar o espaço hospitalar. Por outro lado, o aparecimento de outras categorias na enfermagem, também foi um reflexo das exigências do mercado, ficando a cargo das mesmas atividades que de menor complexidade.

Nessa vertente, houve um afastamento do enfermeiro de muitas atividades relacionadas ao *fazer*, origiando tensões, tendo em vista a não possibilidade de uma reflexão crítica sobre o *fazer*. Lembra-se que tal divisão técnica respondeu ao processo de industrialização da época, sendo, ainda, uma divisão do trabalho também social, uma vez que as mencionadas tarefas de maior complexidade eram executadas por mulheres provenientes de classes sociais mais abastadas.

Corroboramos com Ribas- Gomes que

especialmente nos hospitais, a prática de gestão tem-se configurado, de certo modo, por um caráter tecnicista e as forma de gestão encontram-se pouco desenvolvidas [...], o saber-fazer é um saber que se operacionaliza em situações padronizadas e regulamentadas e está associado ao trabalho que obedece a uma rotina prefixada. Não está subjacente a este saber a aplicação de um exercício intelectual interpretativo e sua aquisição se dá na prática pela repetição de procedimentos codificados. (1999, p. 46, 54).

Conforme já referido neste estudo, é fato que a técnica foi a primeira forma

de expressão do saber da Enfermagem, mas questiona-se mais uma vez aqui o que está implícito na noção de cuidado, ou seja, está ligado apenas ao saber técnico?

Entende-se, que a dimensão técnica não está esvaziada da gestão, mas respondem às situações rotinizadas que, muitas vezes, podem se traduzir em atos cuidadores de descuidado, conformando um determinado tipo de prática. Por outro lado, a equipe vê o enfermeiro como aquele que *faz*, que está junto ao usuário e que “não fica com a prancheta na mão”, conforme a passagem do Diário descrita anteriormente, reforçando que o cuidar está ligado ao *fazer* procedimento no usuário.

Sabe-se da necessidade da realização dos procedimentos técnicos, principalmente os mais complexos, mas será que os mesmos não poderiam ter uma outra nuance?

O enfermeiro realiza punção venosa com abocath enquanto o paciente fala: “- Ontem de manhã vieram aqui pegar veia e eu disse que estava ardendo (o braço no local da punção), ela (enfermeira) disse que era assim mesmo e saiu! Depois meu braço começou a inchar, olha como ficou!” (mostra o braço).

Enfermeiro: “- É mesmo, vou pegar outra.”

Paciente: “- Tô de jejum para cirurgia.”

Enfermeiro: “- Que bom!(o enfermeiro não dirige o olhar para ele) Você nem esperava que ia sair logo.” Termina a punção e diz: “- Quando tiver terminando (o soro) avisa a gente, mas não deixa secar o frasco! Depois volto para heparinizar.”

(Diário: 2/6/05).

O usuário exprime sua ansiedade em relação à cirurgia, mas não há uma escuta ativa em relação às suas demandas. O olhar do enfermeiro está atendo ao procedimento que precisa findar-se rapidamente, além disso, o enfermeiro responsabiliza o usuário pelo aviso do término do soro, dizendo que voltará para “heparinizar”, havendo uma tecnologização do discurso.

Há também a perspectiva de reduzir o usuário à apenas uma parte de seu corpo:

Enfermeiro entra em um quarto para realizar punção venosa: “- Oi seu Mário, perdeu?” (olha apenas para o seu braço).

Paciente: “- É, tá vermelho!”

Enfermeiro: “- É mesmo. O sr. pode sentar?”

O paciente senta-se no leito, o enfermeiro não observa o local onde houve a formação de um pequeno soroma e hiperemia e mostra que quer iniciar a punção.

Enfermeiro: “- Segura o braço!” (O paciente fica com o braço suspenso, sem apoio enquanto o enfermeiro realiza a punção.

Enfermeiro: “- Segura só mais um pouquinho que eu tenho que prender... E o pé melhorou?”

Paciente: “- É, dói um pouco, parece que arde.”

Enfermeiro: “- É!”. Enquanto administra a medicação endovenosa diz: “-Vou botar data aqui.” (Escreve sobre o esparadrapo)

Paciente mostra novamente seu braço onde estava a punção antiga:- “Olha, tá vermelho aqui!”

Enfermeiro:- “Agora vai melhorando.” (Olha de maneira distante, sem tocá-lo). (Diário: 6/6/05).

A queixa do paciente parece não surtir efeito, visto que o enfermeiro não demonstra preocupação diante do relato. O usuário insiste, mas não é escutado, acolhido. Exprime suas dores e recebe um olhar profissional distante e descomprometido com o problema, como se fosse natural.

Merhy (2000) afirma que um grave aspecto da crise sanitária brasileira relaciona-se a determinado estilo de ser trabalhador e de produzir ações de saúde. Tal estilo seria responsável pela construção de uma postura ‘descompromissada’ em relação ao outro (profissional e/ou paciente) e que qualquer tentativa de compreensão da relação trabalhador e usuário deve considerar como ponto de análise a falta de comprometimento dos profissionais.

O que gera desconforto, é esse movimento tão mecânico que não permite maior proximidade. Talvez isso possa ser explicado, trazendo para o cenário algumas

outras visibilidades.

No momento do contato enfermeiro/usuário (na realização de procedimento técnico), parece que o enfermeiro apresenta uma visão míope, com muitos pontos de cegueira, visto que não consegue estabelecer uma abordagem mais compreensiva e humanizada. O usuário se expressa através da fala e do corpo, mostra seu braço vermelho que dói, exprime que há um (des)cuidado, mas o enfermeiro fica inerte e age como se tudo fosse esperado..., que vai logo passar, não refletindo acerca de sua atuação e da atuação da equipe de enfermagem. Não propõe ações para amenizar as dores dos corpos hospitalizados, que acabam por se transformar em “corpos frios”, segundo o paradigma cartesiano.

Kruse analisa:

As técnicas apresentam-se muito mais voltadas para a tarefa e para a arrumação e controle do ambiente e produzem um esquadramento do tempo e do espaço, onde o corpo é controlado e trabalhado detalhadamente nos seus gestos e atitudes, expressando um poder infinitesimal [...], nada escapa da disciplina que controla qualquer ação, prevendo uma codificação instrumental do corpo [...] o que pode produzir o esfriamento dos corpos. (2004, p. 145).

Destaca-se, que o corpo-enfermeiro, além de produzir corpos frios, também transforma-se em máquina de anti-produção, mecânica, fria, que contribui para a otimização do tempo, para que possam classificar, enquadrar e prescrever, agenciando devires e modelizando subjetividades, mobilizando desejos, anseios e outras intensidades, segundo um conjunto de códigos previamente estabelecidos, em função dos interesses daqueles que o agenciam.

Dirige-se a um quarto para trocar o curativo de um intracath, ao chegar lá diz: “- Vou trocar o curativo.” Enquanto realiza o procedimento, o paciente pergunta: “- Não tem que trocar o soro? Acabou!”

Enfermeiro que não havia percebido diz ao paciente: “tem que avisar antes de acabar.”

Paciente: “- Eu avisei e ela (técnica de enfermagem) disse que ia trazer.”

Enfermeiro olha para a acompanhante e pede: “- Vai no posto e pede para trazer o

soro, diz que eu to aqui.”

Técnica entra pouco tempo depois e troca o soro. O enfermeiro continua fazendo o curativo em silêncio e quando termina diz: “- Prontinho seu J.”

Paciente: “- Obrigado.” (Diário: 8/6/05).

O enfermeiro detém seus olhos somente no curativo, na punção, etc. e co-responsabiliza o paciente pelo não-aviso do término do soro. Aqui, o usuário participa das ações de cuidado, mas é culpabilizado. Quando grita, por meio da campainha, também não é ouvido e quando há promessas de retorno dos profissionais de enfermagem ante o aviso: “o soro acabou!”, o mesmo pode ser esquecido dentro do seu quarto, pois lá fora há uma mecânica intensa de produção que sobrecarrega e faz silenciar, muitas vezes, necessidades prementes.

Não há espaço para a escuta e o usuário não é acolhido. O foco do trabalho é o procedimento, que passa a ser mais importante que a humanização, denotando uma relação de subjugação entre o trabalhador-usuário.

Os atos cuidadores se esboçam aqui com exercícios de poder que primam pela autoridade, com base em uma gestão racional, controladora, própria das Teorias Clássicas e Científicas da Administração, incorporadas há séculos em prol da produção de subjetividades, mas também para a preservação do sistema capitalista que impregna os corpos cuidadores nas suas várias maneiras de sentir e agir... De viver a vida.

A gestão do cuidado poderia funcionar como uma estratégia, como um não ao programa, não deixando “brechas” para o aparecimento de um (des)cuidado, mas ser uma

Por outro lado, a estratégia também pode responder à decisão de manter o que está instituído, não substituindo a direção da intencionalidade, podendo ser capturada por forças do meio, abarcando um sentido contrário à intenção inicial.

(MORIN, 1996). Portanto, a ação é estratégia e, em se tratando da Enfermagem, é preciso criar estratégias para sair da crise.

Dessa forma, o *fazer* procedimentos técnicos poderia servir como uma estratégia de aproximação com o usuário, fazendo do tempo escasso, que os enfermeiros tanto referem, um movimento de produção da vida, com ações que extrapolem o aspecto mecanicista e sua centralização, apenas nas decisões médicas, gerando fluxos com vistas ao acolhimento e ao planejamento de intervenções centradas no usuário.

Em meio a tantas atribuições, rotinas e procedimentos, adentrar um quarto e ter contato com o(s) usuário(s) pode se constituir em um grande desafio para o enfermeiro, pois a produção não pode parar e outras frentes de trabalho o esperam.

Olho o paciente, mas não o vejo; ouço o que ele tem a dizer, mas não o escuto. O paciente fala com o corpo, expõe suas dores e, mesmo assim, não posso tocá-lo. “Meu corpo não suporta carregar o peso de um conhecimento morto que ele não consegue integrar com a vida.” (ALVES, 2000, p.4).

Ao ler e reler as páginas do Diário de Bordo, foram imaginados vários trajetos que poderiam ser trilhados e explorados com suas visibilidades e opacidades. Cada fragmento pode trazer uma camada opaca que precisa ser removida, no sentido de despí-los e esculpí-los, sem desconsiderar a história que os traçou. Portanto, muitos sentidos podem ser produzidos e, aqui, o corpo-enfermeiro

está diretamente mergulhado num campo político, as relações de poder operam sobre ele de imediato; elas investem nele, marcam-no. Preparam-no, suplicam-no, forçam-no ao trabalho, obrigam-no a cerimônias [...], presos num sistema de sujeição [...]; o corpo só se transforma em força útil se for, ao mesmo tempo, corpo produtivo e corpo submisso.(DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 125).

Aluna do Curso Técnico de Enfermagem informa o enfermeiro que tem um paciente que está “suando frio e trêmulo e o HGT deu 89”.

Técnica de enfermagem intervém e diz: “- Sempre deu alto!”

O enfermeiro pergunta se a paciente jantou e a aluna responde: “- Está comendo agora.”

Enfermeiro: “- Então está tudo bem!” (Diário: 10/6/05).

Técnica de enfermagem diz ao enfermeiro: “- Deu 240 o HGT da paciente, fiz HPH e não adiantou nada.”

Enfermeiro olha a prescrição médica e diz: “- 240..., faz as quatro unidades da insulina simples.” (Diário: 6/6/05).

É avisada pelo técnico de enfermagem que a paciente que internou (O enfermeiro não conhecia ainda) esta com dor. O enfermeiro vê o prontuário e diz: “-Será que o médico-residente foi avisado (sobre a internação)?... Diz para ela (paciente):”- A medicação já foi feita e agora tem que esperar o médico.” (Continua fazendo aprazamento de medicação e não faz menção em ir ver/conhecer a paciente). (Diário: 8/6/05).

Enfermeiro pede para aluna do Curso Técnico de Enfermagem ir retirar uma sonda nasogástrica, enquanto faz aprazamento de medicação. (Diário: 8/6/05).

Vê-se engendrar aqui a iniciativa como um vetor de sequestro para um movimento de imobilidade, inércia, que se deixa capturar pela hierarquia, pelo incerto, por aquilo que lhe é informado, mas que não chega de fato aos olhos do enfermeiro, e o resultado é o não-fazer, ou melhor, o não-ver!

O enfermeiro vive, sobrevive, produz e reproduz cercado de informações sobre os usuários que não o impelem ao contato, à proximidade. Utiliza-se da prescrição médica como isenção de compromisso, centralizando sua atenção ao que está prescrito: o HGT, a administração da insulina, entre outros procedimentos.

Deixar de realizar momentaneamente o aprazamento da medicação em um prontuário e ir retirar a sonda nasogástrica do paciente poderia significar um momento de intensa satisfação, de libertação do corpo cuidado de um tubo de plástico que não faz parte de sua natureza. Significaria uma nova etapa para o

paciente e para o enfermeiro, na qual outros tantos vínculos poderiam ser criados e/ou reforçados.

Tem-se aqui, uma certa burocratização do cuidado como um dispositivo para gerenciar as tensões. Reforça-se que a produção do cuidado deve ser pensada na direção de atos comprometidos com as necessidades do usuário, redesenhando o modo de trabalhar em serviços de saúde, desencadeando processos mais conjuntos e partilhados na equipe.

Por outro lado, imagina-se: são tantos pacientes! Tantas sondas, tantos catéteres!... Tudo pode ser banalizado, natural e mesmo sem importância. É apenas mais uma sonda a ser retirada!

Permanecer com o prontuário, frio e mudo, aprazando medicações não necessita de diálogo, reflexão, olhar nos olhos do *outro*, ou seja, não produz desconfortos... É rotina/norma-dura, que precisa ser cumprida. Esboça-se aqui um olhar paranóico do enfermeiro, incapaz de metamorfoses produtivas.

O enfermeiro fala sobre o usuário com o técnico, mas não com o usuário e não se compromete:

Técnica de enfermagem relata ao enfermeiro: “- A paciente do 30 tá com dor no braço.” O enfermeiro orienta a administração da medicação prescrita e continua a organizar um prontuário (faz aprazamento de medicação e registros na planilha diária do setor). (Diário: 6/7/05).

Técnica de enfermagem diz ao enfermeiro: “- O meu paciente dei Plasil às 8 horas e ela tá lá, botando o café pra fora.”

Enfermeiro olha a prescrição e pergunta se ela (paciente) tá com dor. A técnica acena positivamente com a cabeça.

Enfermeiro: “-FazTylenol.” Em seguida organiza prontuário de um paciente que trocará de leito. (Diário: 1/7/05).

Linhas de segmentaridade dura, ou seja, linhas do instituído, do territorializado, se fazem presentes nos atos cuidadores que não expressam

cuidado, deixando os enfermeiros presos às rotinas, aos procedimentos esvaziados de cuidado, ao controle da equipe, dos materiais, de si mesmo, para que não seja permitida a passagem de desejos, afetos que não comunguem com o que está posto.

É sabido o quanto a lógica da racionalidade vigente aprisiona e esmaga os enfermeiros, transformando-os em registros esquadrinhados e, principalmente, fazendo-os olhar os pacientes através de uma luneta codificadora, separadora e mutiladora, também para registrá-los. Importa agora elocubrar como criar uma maquinária de guerra capaz de combater estes registros castradores, aspectos presentes na quinta configuração, envolvendo o controle dos corpos.

Entretanto, há algumas preocupações no que diz respeito ao trabalho dos enfermeiros, no contexto hospitalar, que sustentam as linhas da segmentaridade, que por sua vez configuram a predominância da superfície de registro-controle, não havendo “brechas” que permitam o aparecimento de linhas mais flexíveis. Por outro lado, sabe-se que, para que haja produção da vida, mesmo nos territórios mais áridos, linhas de fuga podem se fazer presentes, mostrando toda sua potência, causando estranhamentos institucionais, desterritorializações. As linhas de fuga em um ambiente inóspito são sutis e podem se projetar por pequenas “fendas” no cotidiano, podendo vingar, na busca de outros sentidos, ou não, sendo capturadas pelo instituído, pelo programa.

Defende-se uma atuação profissional sensível às possíveis “brechas/fendas” que projetem linhas de fuga, quebrando dessa forma o ritmo cotidiano instituído.

Dessa forma, analisam-se a visita de enfermagem e as linhas que aí estão presentes.

Enfermeiro após receber o plantão, dirige-se a mim e diz: “ Vou começar a ver os pacientes antes que não dê tempo.” Pega a planilha de anotações e inicia a visita aos pacientes. (Diário: 6/7/05).

Há uma certa preocupação em iniciar a visita de enfermagem, dando a impressão de que a mesma é um fardo que o enfermeiro precisa carregar, e que pode não ser beneficiada pelo tempo. Mecanicamente, o enfermeiro pega sua planilha, não planeja em qual quarto deve entrar primeiro e, principalmente, não se certifica de certas informações que podem estar contidas no prontuário do usuário, no sentido de se criar uma primeira aproximação. Assim, o resultado que pode aparecer é este, por exemplo:

Enfermeiro inicia a visita de enfermagem, entra em um quarto, vai ao encontro de um paciente e diz: “- Já fez cirurgia?”

Acompanhante: “- Não, vai fazer... de fêmur, já botaram até camisola.”

Enfermeiro: “- Então ela vai hoje. Que bom! É bom não mexer muito na cama para não deslocar.”

Acompanhante: “- Estamos tentando de tudo com a mãe.”

Enfermeiro: “- Vai dar tudo certo.”Toca o braço da paciente e dirige-se a outro leito. (Diário: 9/6/05).

Enfermeiro: “- Oi seu...(não se lembra do nome do paciente), tudo bem com o senhor?”

Paciente responde em voz baixa: “- Tudo bem.”

Enfermeiro: “- Mas o que é que tu tens? Tá desanimado?”

Paciente: “-Tu não viu, não pude operar. O médico desmarcou... ele (médico) não te falou?”

Enfermeiro: “- Não (olha a planilha), mas vou perguntar para ele. Depois eu volto.” Sorri para o paciente e sai. (Diário: 9/6/05).

Enfermeiro pergunta a um paciente: “- O que aconteceu que está com o braço enfaixado? Tá com dor?”

Paciente: “- Faço luta e me machuquei, mas agora com a cirurgia estou bem; dói um pouco.”

Enfermeiro olha a planilha e responde: “- É, a cirurgia foi ontem...é normal (doer).” Sai do quarto. (Diário: 9/6/05).

Não saber o nome ou o que aconteceu! O importante é entrar no quarto e olhar o usuário: um olhar superficial, um olhar que não admite encarar a complexidade, ou seja, integrar os modos de pensar em oposição aos mecanismos reducionistas, operando com diversidades de pensamento: simples e complexos. (MORIN, 1996).

Vencer o tempo é uma constante que acaba por transformar as visitas de Enfermagem em “visitas de protocolo” ou “visitas compulsórias”, afinal, é dever do enfermeiro ver os usuários.

Entra nos quartos aleatoriamente e pouco se serve das informações obtidas na passagem de plantão, fato que chama a atenção.

Receber e/ou passar plantão se tornou algo burocratizado, tornou-se um programa, visto que não se observa a ocorrência de um planejamento a partir do mesmo. Na verdade, pôde-se observar que é uma passagem de plantão bem semelhante a dos técnicos de enfermagem que focam informações, como o paciente se alimentou, evacuou, e está com “sorinho”, dieta em sonda, etc., acrescentando que, na passagem de plantão, enfermeiro para enfermeiro, há o controle de materiais e algumas outras informações sobre o desempenho dos funcionários (técnicos de enfermagem).

Pouco foi visualizado na passagem de plantão, relato de avaliações que necessitariam da realização da técnica de exame físico e evoluções de enfermagem, baseados em plantões anteriores com relação ao atual (exercício reflexivo).

É sabido que as próprias condições de trabalho e a quantidade de pacientes para cada enfermeiro são fatos que interferem na qualidade do cuidado, mas o que indagamos aqui é a forma como os enfermeiros ocupam os espaços de cuidado, ou seja, se há um imperativo relativo ao tempo e ao cumprimento de rotinas. Adentrar

um quarto e realizar visita de enfermagem poderia ser uma estratégia de potência para a elaboração de intervenções focadas no indivíduo, de maneira integral, sendo que o planejamento, um modo de organizar o tempo, já poderia ser iniciado a partir da passagem de plantão, priorizando quais usuários visitar primeiro, tendo em vista um conjunto de necessidades levantadas pela equipe multiprofissional, de enfermagem, pelos familiares de usuários e, principalmente, pelo próprio paciente.

Cecílio e Merhy apontam que o cuidado integral abrange “tecnologia e humanização combinadas, no desafio de adotar o lugar do paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar”. (2003, p. 197).

Arrisca-se a dizer que a dinâmica de trabalho que envolve o enfermeiro pouco está voltada às questões afetas à integralidade, vínculo/acolhimento e participação dos pacientes nas ações de cuidado.

É possível mencionar, ainda, que, no momento em que o enfermeiro visita os usuários, o mesmo lança mão de uma linha mais flexível que, ao mesmo tempo que traz o desejo de conhecer/aproximar-se do paciente, esfacela-se e se lança no abismo... Não vinga.

Enfermeiro, durante visita de enfermagem, pergunta a um paciente: “- Fez cirurgia?”

Paciente: “-Fiz, da vesícula.”

Enfermeiro: “- Tá com algum dreno?” (pergunta sem tocar o paciente).

Paciente: “-Não.”

Enfermeiro: “- Mas tá tudo bem?”

Paciente: “-Tá tudo bem.”

Enfermeiro afasta-se do leito e vai ao encontro de outro paciente. (Diário:9/ 6/05).

Entra em um outro quarto durante a visita de enfermagem e pergunta à acompanhante: “- Cadê a dona Maria?”

Acompanhante: “- Foi para o RX!”

*Enfermeiro: “- Ah, depois eu volto.”
Ao sair do quarto diz para mim: “- Eu nem vi que a paciente foi para o RX.”
(Diário: 6/7/05).*

Em meio às visitas de enfermagem, o enfermeiro tenta evoluir no prontuário de dois usuários, mas é interrompido várias vezes para atender ao telefone, ligar para médicos, sanar dúvidas e orientar técnicos de enfermagem, atender familiares que chegavam ao posto, além de se preocupar com a pesquisadora, fornecendo detalhes do que estava fazendo.

Enfermeiro: “- As evoluções dos setores abertos são mais objetivas, direcionadas, diferentes da UTI.. Quero falar pra você como é! Eu gostaria de fazer em mais pacientes, mas é difícil ... Eu gosto de fazer! Você viu a loucura que é, toda hora eu tenho que parar pra fazer outra coisa.” (Diário: 7/7/05).

Há, portanto, o desejo de produção, o desejo de um movimento instituinte, mas, por outro lado, o enfermeiro expressa o quanto é difícil sobreviver e resistir ao instituído, não visualizando possibilidades de um trabalho diferente.

5.1.2 A PARANÓIA DO TRABALHO FRAGMENTADO: UMA FACETA PRESENTE NO TRABALHO EM SAÚDE

Pensando nos corpos cuidadores e cuidados, inicia-se trazendo à superfície “a necessidade de desterritorializar o corpo”, na tentativa de compreender a interface deste com tantos outros corpos e o modo como se afetam.

Coloca-se como pano de fundo, para essa construção, que foi presenciada uma transição da sociedade disciplinar para a sociedade de controle.

A sociedade disciplinar dos séculos, caracterizada por confinamentos em espaços fechados subseqüentes, vive agora um processo de confinamento aberto e

contínuo. Primeiro, vivia-se no espaço da família, depois no da escola, da caserna e da fábrica. Os hospitais e prisões eventualmente interrompiam a seqüência de confinamentos nos diferentes espaços segmentados. Hoje, há um controle generalizado com o apagamento da divisão entre espaços públicos (da rua e da política) e espaços privados (da casa); já não há mais dentro e fora. (FORTUNA, 2003).

Interessa pensar de que forma isso ocorre no hospital, e que tipo de produção de subjetividades aí está presente, tendo em vista a *quarta e quinta configurações* das práticas de cuidado. É a sociedade de controle imprimindo o seu ritmo.

Deleuze assegura que

não se deve perguntar qual o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e sujeições. Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento no domicílio puderam marcar novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos. (1992, p. 220).

Portanto, o trabalho hospitalar carrega consigo um paradoxo da sociedade mundial de controle – liberação e sujeição --, no que diz respeito aos trabalhadores em saúde e aos usuários.

No que tange ao usuário, tem-se as informações do prontuário que podem estar informatizadas, sua categorização (sinais e sintomas), cujas doenças e agravos são de domínio dos trabalhadores. Segredos e intimidades podem ser revelados por qualquer membro da equipe de saúde, pela família, pelos amigos. Enfim, não há mais proteção, tudo fica escancarado, transparente aos trabalhadores e/ou acompanhantes.

Em relação aos trabalhadores, principalmente os de enfermagem, horários, normas, rotinas, turnos de trabalho, supervisão, chefia e por estarem a maior parte

do tempo presentes em relação aos outros membros da equipe de saúde, são vistos o tempo todo, sendo que suas mazelas possam ser reveladas facilmente, por vigilantes que nem sempre são visíveis. Por outro lado, não sobrevivem apenas de sujeições, visto que fazem circular instrumentos de controle eficientes, como visitas de enfermagem, checagem de prontuários, prescrições de enfermagem, orientações baseadas em medidas prescritivas, as quais, muitas vezes, mostram-se insuficientes.

Na lida cotidiana no território das práticas, é possível analisar ainda a inclusão diferencial da diferença, aspecto importante da sociedade mundial de controle. No hospital, há uma dada inclusão, ou seja, o acesso dos usuários ao SUS. Entretanto se questiona: não será uma inclusão diferencial? Há uma inclusão diferenciada que permite acesso às ações de atenção terciária de maneira precária (exames que não são permitidos, longas filas de espera, ambiente inadequado de hospitalização, escassez de recursos materiais e humanos, etc.).

Técnico de enfermagem diz para o enfermeiro: “- Ah! E os pacientes que tem nebulização, não foi feito, não tem nebulizador nas unidades.”

Enfermeiro: “-É quer que eu faça o que, né?” (Diário: 6/6/05).

Enfermeira: “- Oi dona M, tudo bem?”

Paciente: “-É não fiz o exame.”

Enfermeira: “-Eu sei, é que o SUS não paga esse exame, mas o médico tá vendo o que vai fazer.”

Paciente: “-Tomara que dê certo, senão não posso ir embora.”

Enfermeira: “-Vai dar tudo certo.” (Diário: 6/7/05).

Trata-se, pois, de não se ter um olhar ingênuo diante das propostas de universalização e equidade no atendimento à saúde e de repensar as ações.

Está-se diante de desafios rumo à produção de subjetividades, que não sejam serializadas, na luta pela inclusão da diferença.

Nosso desafio é, portanto, escapar das máquinas sociais produtoras de paralisia, percorrendo as linhas nômades habitadas pelo devir, pelo inesperado e conectadas com o desejo e a expansão da vida. Inventando outros territórios fluidos e temporários para a escola, para o mundo do trabalho [...], nos aliando com as máquinas de guerra que funcionam para evitar a captura do desejo pelas máquinas produtoras de subjetividades serializadas e subjetividades metástases. (NEVES, 1997, p. 90).

Trazendo para o exame as idéias de Foucault, apreendeu-se que os indivíduos hospitalizados são esquadrihados em seus sinais e sintomas, para que, posteriormente, possam ser classificados, objetivando tratamento/cura dos males do corpo-físico que, na verdade, pode ser chamado de corpo-máquina, visto que os indivíduos são destituídos dos aspectos sociais da vida, mediante um atendimento que decorre da divisão por disciplinas e especialidades.

Assim, pode-se dizer que há uma forte instituição de um saber/poder da medicina sobre a doença.

Nesse modo de funcionamento, em que há o predomínio de um registro-controle, os trabalhadores em saúde ficam presos à doença e, no que se refere especificamente ao saber médico, este, como já se disse, classifica as doenças ficando os usuários subsumidos a uma lógica de não-participação, sobrepondo acima de tudo seus questionamentos.

Os trabalhadores formam uma estrutura rígida, hierarquizada e, de certa forma, resistente, com fronteiras muito bem delimitadas entre saberes/fazer.

Segundo Matus (1993), a ação em saúde sempre se realiza conforme o interesse de quem a executa. Pode ser um sujeito individual e/ou coletivo, que tem intencionalidade e pode acumular maior ou menor governabilidade (recursos que o ator controla), além da capacidade de governo (saber governar).

Vale dizer: em se tratando do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar, no que se refere a gestão do cuidado, são pontos para reflexão sua governabilidade,

bem como a capacidade de governo ante a multidisciplinaridade do trabalho, especialmente no que diz respeito às possibilidades de pactuação com a equipe médica.

Tende-se a buscar outros sentidos para os fragmentos que serão apresentados, na tentativa de nos despir daquilo que se mostra aparente, comum, ou seja, naturalizado no cotidiano do território das práticas.

Além das muitas leituras flutuantes do Diário de Bordo, lança-se mão também da memória, de lembranças durante os caminhos e descaminhos pelo território das práticas, impregnadas também pelas construções teóricas realizadas.

Sendo assim, as passagens registradas e postas de forma estanque e até mesmo fria, possuem inúmeros fluxos e diversas intensidades que aqui ganharão vida, movimento, significados... sentidos.

A máquina paranóia aponta como se produz a paranóia do trabalho do enfermeiro no cumprimento de rotinas e na realização de procedimentos com o usuário. Agregam-se aqui alguns outros elementos: trabalho fragmentado, fragmentação do usuário e saberes/poderes que estão engendrados no seio do trabalho da equipe de saúde e no trabalho do enfermeiro.

É sabido que a produção do cuidado (no hospital) está estruturada em torno de um trabalho de cunho coletivo, visto que há o envolvimento de diversos profissionais com seus saberes/poderes, com o intuito de apreender o corpo doente, para que possa ser transformado. Há, portanto, o desenvolvimento de atividades fragmentadas e isoladas, configurando um trabalho que não abraça a cooperação entre os diversos outros trabalhos e sua interdependência....

Embora haja inúmeros esforços para uma formação de recursos humanos voltados ao SUS, tendo em vista à integralidade, ao vínculo e uma atuação que

também envolva a prevenção e a promoção da saúde, mesmo no âmbito intra-hospitalar, são desafios que necessitam ser refletidos e introjetados na prática cotidiana.

Tomando como ponto de análise a paranóia da vida cotidiana, é possível observar o quanto estamos distantes de tais princípios para a produção da vida, considerando ainda a lógica presente: “quem sabe mais?”, com seus saberes/poderes envolvidos.

A divisão do trabalho é uma característica da organização industrial, inerente ao modo de produção capitalista. A concepção pode ser separada da execução, ou seja, “a idéia concebida por uma pessoa pode ser executada por outra.” (BRAVERMAN, 1987, p. 53).

Lima, em seu estudo, analisa que, no modo de produção capitalista,

o trabalho pode ser separado em elementos, sendo cada um deles mais simples que o todo. Isso significa que a força de trabalho, que é capaz de executar o processo de trabalho, pode ser comprada por um preço menor, se isso for feito em elementos dissociados, do que como capacidade integrada de um único trabalhador. Assim, o modo de baratear a força de trabalho é o seu fracionamento nos elementos mais simples, polarizando em extremos aqueles cujo tempo é mais valioso e aqueles cujo tempo não vale quase nada. (1998, p. 42).

Outro fato bastante marcante é a centralidade no trabalho médico e, este, por sua vez, também é dividido por especialidades, o que também fragmenta o atendimento ao paciente, reduzindo o mesmo a uma parte do corpo doente. O trabalho médico, embora também sofra fragmentação, não é caracterizado por uma força de trabalho que pode ser comprada por um preço menor e muito menos pode ter seus elementos da força de trabalho fracionados, visto que possui um saber/poder que monopoliza, em alto grau, a produção dos cuidados apoiados na lógica hospitalar de centralização no ato médico que também fragmenta o paciente. Linhas de segmentaridade dura e circular presentes.

Durante visita de enfermagem, um paciente que está com um colar cervical diz ao enfermeiro: “- Quero um remédio para dormir.”

Enfermeiro: “-Não consegue?”

Paciente: “- Não, há dias. O médico vem de manhã e só fica perguntando do meu pescoço!”

Enfermeiro: “- Vou falar com o médico para prescrever algo.”

Paciente: “-Tá bom”. (Diário: 9/6/05).

O usuário se resume apenas a uma parte do seu corpo que está com problemas: o pescoço. Assim, o olhar médico fica voltado apenas para um segmento corpóreo. Aqui o enfermeiro escuta, acolhe e parte em busca de uma solução, que não depende somente dele, uma vez que será preciso se articular com o médico para que a queixa seja acolhida de fato, em busca de resolutividade. Ressalta-se que essa articulação não ocorre no território das práticas, não havendo assim a construção de projetos terapêuticos

Outra questão que chama a atenção diz respeito à valorização da queixa do usuário (escuta sensível), principalmente quando a mesma não está ligada diretamente ao fragmento corporal afetado. Não dormir é, portanto, a consequência para o paciente.

Paciente diz ao enfermeiro: “-Não consigo dormir de tanta tosse. Já pedi para médica, para a enfermeira e elas não viram nada.” (fala com insatisfação).

Enfermeiro: “- Vou ver para o Sr.” Sai do quarto. (Diário:9/6/05).

O trabalho fragmentado impede, muitas vezes que os profissionais se antecipem aos problemas e/ou os amenizem, mesmo quando já instalados. O usuário vive a paranóia de não ser escutado, de não ser percebido, uma vez que os ouvidos e os olhos da equipe de saúde encontram-se viciados, seletivos, fragmentados, engessados pelo tempo e, assim, os corpos cuidados permanecem à espera de escuta, acolhimento, humanização...

*Desarmados de corpo e de alma
Vivendo do que a dor consente
Sonhamos falar – não falamos
Sonhamos sentir – ninguém sente
Sonhamos viver – mas o mundo desaba indiferente
E marchamos sobre o horizonte sem chegada, nem retorno
Sonhamos ser – mas quem somos entre essa alucinada gente?
(Cecília Meireles).*

Murmúrios, lamentações e insatisfações circundam o universo do usuário hospitalizado e pouco afetam a equipe de saúde que se encontra esfacelada e, talvez, cansada de produzir tantos não-sentidos.

Nesse cenário, encontra-se um terreno fértil que fortalece o paradigma flexneriano.

Vale ressaltar que a equipe flexneriana estava presente na sociedade disciplinar e continua agora na sociedade de controle, haja vista ser o corpo um objeto que possui diferentes formas de tratamento, sendo que, na sociedade disciplinar, busca-se sua utilidade econômica aliada à docilidade; na de controle, exigem-se fluxos de inteligência para sua permanência. (FORTUNA, 2003). Lembram-se que tais aspectos foram discutidos na **quinta** configuração das práticas de cuidado.

Corpos para o consumo, corpos mutilados que já perderam sua identidade, corpos frios de trabalhadores e usuários.

Corroboram-se mais uma vez com Fortuna quando aponta que “a equipe flexneriana é fragmentada, mas seus pedaços estão ordenados: primeiro o saber/fazer médico, depois...” (2000, p. 46).

Enfermeiro é questionado pelo paciente: “- Será que eu vou poder ir embora (refere-se à alta hospitalar). O médico não fala nada... O que tu achas?”

Enfermeiro: “- Não sei, só o médico vai poder dizer.”

Paciente: “- Mas você não acha que eu tô melhor? Viu o exame que eu fiz?!”

Enfermeiro: “- O Sr, tá bem melhor, mas só o Dr. decide se o Sr. Vai embora ou não.”

Paciente: “- Vem uns três médicos e ninguém me diz nada. E fico aqui!”

Enfermeiro: “- Vou tentar conversar com o médico, viu.” Afasta-se do leito e vai em direção a outro paciente. (Diário: 8/7/05).

Pode-se perceber que a alta hospitalar é somente responsabilidade do médico, não havendo uma gestão clínica colegiada, uma comunicação com outros membros da equipe de saúde (enfermeiro, nutricionista, etc.), uma vez que a própria enfermagem poderia ter um planejamento para alta hospitalar, a qual, na verdade, deveria ser iniciada desde o momento da internação, pensando nas questões de auto-cuidado e no próprio sistema de contra-referência, necessário em muitos casos. Infelizmente a alta hospitalar é um momento de triunfo em que se transfere a responsabilidade em relação ao usuário, sabe-se lá para quem e como.

Paciente entra no posto de enfermagem e diz: “-Eu tô de alta e não peguei a receita que o médico falou.”

Enfermeiro: “- É que é uma receita controlada, e o médico vai trazer.”

Paciente: “- Então eu tô esperando... sou lá do 36.” (Olha atentamente para o enfermeiro).

Enfermeiro: “- Tá bem.” (Pouco olha para o paciente e continua fazendo o aprazamento de medicação, como se não pudesse parar sua atividade). (Diário: 6/6/05).

É importante mencionar, ainda, que a equipe flexneriana não consegue incorporar a incerteza e a imprevisibilidade como parte do processo de produção dos cuidados em saúde, atendendo ao que já se definiu como programa, cortado por linhas de segmentaridade dura e circular

Os trabalhadores estão desarticulados entre si, vivem e sobrevivem separados pelas disciplinas e especialidades; corpos não conseguem se desterritorializar e fazem do campo da saúde um campo de disputas, interesses, que produzem ruídos. Usuários e familiares são pouco escutados e se tornam alvo fácil de desmanches, visto que é difícil transpor as segmentaridades instituídas pelo saber/poder da medicina, sustentado pelo paradigma flexneriano, que mantém o

foco na doença e não no indivíduo.

Familiar vem ao posto de enfermagem solicitando para o enfermeiro informações sobre o estado de um paciente. O enfermeiro informa que diagnóstico, exames: “- É somente com o médico.” (Vira as costas e encerra o diálogo). Familiar se retira do posto. (Diário: 3/6/05).

Há que se trabalhar em prol da criação de estratégias de agenciamento. De acordo com Deleuze e Parnet, “o agenciamento é precisamente uma multiplicidade. Ora um agenciamento qualquer comporta, necessariamente, tanto linhas de segmentaridade dura e binária quanto [...] de fuga”. (1998, p. 153).

E o trabalho da Enfermagem, em especial o trabalho do enfermeiro, incorpora a dinâmica da fragmentação?

Pergunta simples, de fácil resposta e que pode ser encontrada em inúmeras produções científicas da área em questão. Porém, o que realmente incomoda é o lugar ocupado não só pelo enfermeiro mas também pelo usuário.

Parte-se, pois, da necessidade de buscar uma outra visão para a produção e gestão do cuidado que não esteja pautada em princípios que subsidiem o modelo clássico de gestão.

Mishima et al. abordam que

a atividade gerencial é uma ação intencional voltada para a consecução de objetivos, a qual detém caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e fundamental para a efetivação de políticas sociais, em específico as da saúde. (2000, p. 67).

Dessa forma, Campos (2000) defende a proposta de co-gestão, que deve ser uma atividade coletiva e não somente uma atividade atribuída a poucos profissionais ou as especialidades que detêm e centralizam o poder. Eis aqui um desafio: desconstruir/despir o enfermeiro daquela figura imaginária e estereotipada

que somente dá ordens aos seus *subordinados*, de forma autoritária, primando pela manutenção do sistema, incluindo aqui o trabalho fragmentado, alienado.

Olhando para o trabalho fragmentado, e tendo em vista a equipe de saúde como um todo, percebe-se que os atos cuidadores do enfermeiro ficam escamoteados apenas pela “veste” do *fazer* – executam procedimentos que estão centrados exclusivamente na demanda médica, além de utilizar instrumentos de controle sobre os membros da equipe de enfermagem, “se fez ou não fez”, bem como sobre os pacientes, “que têm que fazer, têm que aceitar.”

Técnica de enfermagem diz ao enfermeiro: “Meu paciente disse que não vai tomar o remédio porque não adianta nada pra dor dele.”

Enfermeiro: “Mas ele tem que tomar, não tem outro na prescrição. Agora quer escolher o remédio.”

Técnica: “Então vai falar com ele!”

Enfermeiro: “Eu vou.” Dirige-se ao quarto do paciente e logo diz: “Só tem esse remédio. O Sr. tem que tomar e o Dr. não tá aqui agora pra prescrever outro.”

Paciente: “Esse não adianta!”

Enfermeiro: “Então vai ter que esperar eu falar com o médico e vai demorar... O Sr não tá com dor?”

Paciente: “Tô, então me dá o remédio e vê se consegue falar com o médico.”

Enfermeiro vai até o posto de enfermagem e diz para a técnica de enfermagem: “Pode dar o remédio, ele vai tomar... Depois eu falo com o médico” (Diário: 1/7/05).

Enfermeiro questiona a técnica de enfermagem se a paciente do 41-A está de jejum. (Diário: 1/6/05).

Enfermeiro verifica um prontuário com a técnica de enfermagem e diz: “A medicação não foi checada a noite... Tá, pode fazer o próximo horário.” (Diário: 1/6/05).

Enfermeiro, com um prontuário nas mãos, dirige-se a um técnico de enfermagem que está saindo para tomar café: “Antes de tu ir tem que ir ver a saturação de O2.”

Técnico de enfermagem: “Já vi.”

Enfermeiro: “Viu agora? (olha as anotações do técnico), tem que fazer agora!”

Técnica de enfermagem, com sua caneca de café vazia nas mãos, pega o oxímetro e vai até o quarto do paciente. Ao retornar ao posto de enfermagem, o enfermeiro não pergunta nada. (Diário: 6/6/05).

Considera-se, a partir das passagens do Diário de Bordo descritas, o rígido controle exercido pelo enfermeiro frente ao trabalho dos técnicos de enfermagem, sendo que o resultado da saturação pouco importa, mas o que é necessário mesmo é realizar a atividade que estava programada. Se era realmente importante a verificação da saturação de oxigênio, por que não houve interesse por parte do enfermeiro em saber o resultado?

O importante é fazer e checar o prontuário, não importa se o plantão anterior não havia feito de fato a medicação que não estava checada, afinal era outro plantão!

Acredita-se que, da mesma forma que o enfermeiro é controlado, também ele controla a equipe, o usuário, talvez para se sentir mais seguro – a paranóia do não errar, do não saber e de que tudo tem que dar certo no seu plantão.

Para que possa ser ampliada um pouco mais essa abordagem, é preciso atentar para outros fatos ocorridos que corroboram com as observações ora tecidas:

Durante passagem de plantão, o enfermeiro conversa com outro enfermeiro (que está saindo) sobre a não-colocação de rótulos nos soros, curativos sem fazer.

Enfermeiro que está saindo: “-Deixaram um curativo aberto... Ai meu Deus!” (Diário: 8/7/05).

Durante passagem de plantão, os técnicos que estavam saindo interrompiam os enfermeiros e diziam: “-Olha, o HGT (aparelho) está aqui!”, apontando para o local.

Outro técnico: “-O oxímetro tá aqui!” (aponta para o aparelho sobre uma mesa).

Após a saída dos técnicos, o enfermeiro que está entrando diz: “-Eles (técnicos) estão bravos porque têm que dar satisfação dos aparelhos para não dar problema entre os plantões. Por isso que elas saíram falando daquele jeito.” (Diário: 10/6/-05).

Naquele momento, pôde-se perceber a indignação dos técnicos de enfermagem em relação à cobrança de ter que prestar contas de alguns materiais fixos no final do plantão. Inferiu-se a insatisfação em relação à forma de controle estabelecida, bem como à ausência de co-responsabilização, que pode haver entre

os turnos de trabalho, como se todos fossem (de certa forma) rivais no ambiente de trabalho, o que se contrapõe à filosofia de “continuidade entre os plantões”.

A fragmentação do trabalho pode levar o trabalhador à alienação, criando muitos desencontros, informações truncadas, enganos, exposição do usuário e, portanto, a um (des)cuidado.

Na Enfermagem, cada técnico de enfermagem fica responsável por determinados usuários, atuando mecanicamente. Por outro lado, o enfermeiro sobrevive e atua a partir de informações dos técnicos e dos prontuários, os quais, na verdade, são fragmentadas e muitas vezes imprecisas.

Enfermeiro conversa com a técnica de enfermagem questionando se a mesma levou um paciente para exame.

Técnica de enfermagem: “-Eu busquei no início do plantão, a não ser que ela tenha outro exame.”

Enfermeiro: “-Vê com a paciente se ela tem outro exame.”

Técnico de enfermagem retorna do quarto do paciente e diz ao enfermeiro: “-Ela disse que não tem.”

O enfermeiro telefona para o centro de diagnóstico e é informado de que a paciente não tem mais exames. (Diário: 10/6/-05).

Enfermeiro pergunta para a técnica de enfermagem sobre uma prescrição médica de “tracionar o dreno.”

Técnico de enfermagem: “-Não tem mais dreno.” (risos).

Enfermeiro: “-E eles ainda prescrevem!” (Diário: 8/6/05).

O contato do enfermeiro com os usuários é tão superficial e mecânico, que quase o faz acreditar em tudo aquilo que escuta ou lê, o que leva a pensar em um (des)cuidar/gerenciar, permeado pela imprecisão de informações, que pode trazer insegurança aos pacientes, sendo ainda a gestão um mero instrumento utilizado para controlar atividades já realizadas ou não.

O enfermeiro não se utiliza da estratégia e fica cego diante do programa. Aí, só um controle duro e rígido lhe resta, mas sem garantias de eficiência, eficácia e

efetividade em ações de cuidado empreendidas.

Dessa forma, atos cuidadores que podem estar recheados de devires, esfacelam-se diante da não-continuidade entre os turnos de trabalho, diante das disciplinas e especialidades, diante do controle excessivo sobre a equipe de enfermagem, estilhaçando/fragmentando o usuário.

O enfermeiro lê atentamente a planilha enquanto toca uma campainha. Ele vai até a porta do posto, olha e pergunta: “-Quem tá com o 41?”

Uma técnica responde: “-Eu!”

Enfermeiro: “-Campainha tá tocando, vai ver, o paciente é seu.” (Diário: 9/6/05).

Enfermeira pede para a técnica de enfermagem passar no plantão a retirada de uma sonda à tarde, pois, quando ocorreu o pedido médico, estava próximo da passagem de plantão. (Diário: 1/6/05).

Durante visita de enfermagem, enfermeiro pergunta a um paciente: “-Tá tudo bem? Quando é que fez a cirurgia da cervical?”

Paciente responde com dificuldade: “-Ontem, tô ansioso”. (Coloca a mão sobre o peito).

Enfermeiro verifica a saturação de oxigênio (94%).

Paciente: “-Como é que tá?”

Enfermeiro: “-Tá bem. Vou pedir para o pessoal (técnica de enfermagem) ver os sinais vitais.” Vai até o posto e verifica quem é o técnico que está com o paciente e diz: “-Tem que ir ver os sinais vitais e a temperatura.” Verifica a prescrição médica e não retorna ao quarto.

O técnico de enfermagem retorna e diz que tá tudo bem. (Diário: 7/7/05).

Há, portanto, um cuidar/gerenciar baseado em pressupostos clássicos da administração que transforma os usuários em “o paciente da tomografia, o da doença “x”, que é ainda propriedade do Dr. “y” e do técnico de enfermagem que está responsável naquele dia pelo quarto em que os mesmos estão. Logo, para atender à campainha e verificar os sinais vitais, é necessário encontrar o técnico de enfermagem responsável. Se o funcionário não for encontrado ou não estiver disponível, o paciente pode esperar?

É a lógica do método funcional em ato, com foco nas tarefas e nos deveres

a serem cumpridos. A rigor, pouco funciona, e está baseada na premissa de que os administradores são pessoas capazes de pensar e de planejar, e os trabalhadores são vistos como pessoas que têm a necessidade de supervisão rígida e direção constante. (LIMA, 1998, p. 43).

Em face de passagens contidas no Diário de Bordo, visualiza-se o enfermeiro como sendo aquele que pensa e planeja o trabalho, mas arrisca-se dizer que aqui atuam expressivamente como reprodutores totalmente capturados pela lógica capitalística, necessitando exercer um rígido controle para “dar conta” dos processos que ali se fazem presentes – máquina de reprodução que não deixa aflorar devires.

Observou-se anteriormente que, na atuação do enfermeiro, permeiam formas de *cuidado* que não estão desprovidas de um pensar e muito menos esvaziadas da gestão, mesmo nos seus aspectos mais duros. Detecta-se um “fazer” mecanizado junto ao paciente, acrescido da própria fragmentação do trabalho (das atividades cotidianas da Enfermagem), como se fosse uma linha de produção repleta de falhas que nem mesmo a instituição de normas/rotinas duras dá conta da complexidade que cerca o cotidiano de trabalho em saúde. O que ali está o tempo todo presente é a ausência da produção de sentidos para determinados fazeres.

Dessa forma, o terreno da produção de cuidados é árida, a terra é seca, e pensar no cultivo de possíveis devires é tarefa difícil. Sendo assim, a Enfermagem e o enfermeiro são capturados pelas normas, e produzir mecanicamente acaba sendo a única solução.

5.1.3 A PARANÓIA NA ROTINA DE VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS: A ENFERMAGEM CAPTURADA PELA NORMA INSTITUCIONAL

Existem atividades da Enfermagem que são comuns no ambiente hospitalar. Além do banho, troca da roupa de cama, administração de medicamentos, tem-se a verificação dos sinais vitais que rotineiramente são vistos em todos os turnos de trabalho da Enfermagem, pelo menos uma vez por plantão.

O que parece simples pode estar cercado de outros elementos que podem levar ao não-fazer. O simples pode se tornar muitas vezes banal e dispensável, tendo em vista as muitas outras atividades que precisam ser realizadas com os usuários.

Nessa vertente, o registro dos mesmos poderá sempre “ficar para depois”, visto que, rotineiramente e de maneira mecânica, anotações de enfermagem ocorrem quase sempre no final do turno de trabalho, o que pode prejudicar o acesso de outros profissionais às referidas informações. Ressalta-se que o “deixar para depois” pode se transformar em uma rotina.

Médico chega no posto de enfermagem e pergunta: “-Quem está com o paciente, seu W.?”

Enfermeiro: “- A técnica T., o que tu precisas?”

Médico: “-Dos sinais vitais”

Enfermeiro: “-Eu peço pra ela.” Enfermeiro sai do posto de enfermagem em busca da funcionária e logo após volta informando o médico.

O médico escuta o que o enfermeiro diz e continua lendo o prontuário do paciente. (Diário: 8/6/05).

Esquecimentos podem ocorrer, principalmente quando se tem um trabalho fragmentado:

Enfermeiro conversa com uma técnica de enfermagem sobre um paciente que veio para o setor sem o registro dos sinais vitais.

Enfermeiro: “-Paciente fica lá embaixo (pronto-socorro) por dois dias e sobe assim!?”

Técnica de enfermagem apenas escuta. (Diário: 8/6/05).

Pode-se adicionar aqui a escassez de equipamentos como um dos pontos dificultadores para a verificação dos sinais vitais e, assim, “se faz quando dá”. Traz-se uma passagem do Diário de Bordo já mostrada anteriormente, uma vez que reforça as possibilidades de inferências acerca da questão:

Técnica de enfermagem diz ao enfermeiro: “-Não tem aparelho de pressão no posto.”

Enfermeiro: “Um quebrou e o outro tá por aí.”

Técnica: “-Vou pedir emprestado.”

Enfermeiro: “-Vai, vou fazer o que, nunca tem nada aqui!” (Diário: 8/6/05).

No início do plantão, uma técnica de enfermagem diz ao enfermeiro que está no posto de enfermagem: “- Só tem um esteto, não dá pra ver os sinais dos pacientes agora. Todo mundo quer usar na mesma hora.”

O enfermeiro não se pronuncia, e a técnica de enfermagem sai do posto de enfermagem. (Diário: 1/7/05).

Enfim, a rotina é ver os sinais vitais dos pacientes no início do plantão, mas nem sempre isso é possível. Questiona-se, diante das dificuldades apresentadas, a falta de equipamentos: o enfermeiro não poderia gerir melhor as tecnologias necessárias ao cuidado? A não verificação e registro dos sinais vitais, não poderia se configurar como uma incapacidade de analisar os ruídos presentes no processo de trabalho?

Não verificar os sinais vitais se configura como uma posição bastante cômoda e descomprometida com as necessidades dos pacientes, o que pode gerar conflitos com a equipe de saúde e, principalmente, prejudicar o paciente.

Mas, ao receber plantão, a rotina que lembra uma escala industrial é esta:

primeiro os sinais vitais, depois as medicações, depois o banho e a troca da roupa de cama e assim por diante. Todos (funcionários, pacientes, enfermeiros) são capturados pelo sistema, tragados pelo programa. Rotina que parece não funcionar!

Uma médica entra no posto de enfermagem, olha um prontuário e bastante irritada questiona o enfermeiro: “- Por que os sinais vitais do paciente não estão sendo verificados? Há registro somente da oximetria!” Médica fala ao enfermeiro que: “- É uma obrigação acompanhar o paciente e que ninguém está aqui trabalhando algemado... Sempre acontece isso.”

Ao sair (a médica), o enfermeiro olha para as funcionárias e diz: “-Não posso falar nada, ela tá certa... Ela (médica) podia ser mais educada.”

Os técnicos de enfermagem ficam em silêncio. (Diário: 3/6/05).

Após o ocorrido, o enfermeiro não questiona a equipe, embora admita que o médico tem razão e, assim, o não-fazer pode ser mais uma vez uma consequência, sem haver uma preocupação com o usuário.

Sobrecarga de trabalho, deficiências/escassez de equipamentos, são problemas que não estão afetos somente à enfermagem, uma vez que são problemas do próprio processo de trabalho, que apontam um centramento na técnica e no procedimento, implicando em uma “economia com o usuário”.

Tendo em vista tais acontecimentos, mais uma rotina imposta se avizinha e causa muitos descontentamentos, sendo que mais uma vez serão perseguidos e capturados por uma norma hospitalar:

Enfermeiro recebe a supervisão de enfermagem no setor. A supervisora entrega um papel e pede para a enfermeira comunicar a todos os funcionários. Em seguida, a enfermeira lê a circular para os setores abertos:

“Reiteramos que, a partir desta data, seja cumprido o protocolo para verificação de sinais vitais nos setores de internação, com ênfase na sua verificação, 4 vezes ao dia ou conforme orientação médica, a fim, de que possamos identificar e reverter possíveis alterações em tempo hábil, tendo em vista a qualidade da assistência de enfermagem que deve ser prestada ao paciente. Para tanto, solicitamos que sejam aprazados horários preestabelecidos para os sinais vitais, não devendo ser mais utilizado (T N N M), e sim o seguinte

aprazamento: 15 – 21 – 05 – 09. Contamos com a colaboração de todos no cumprimento desta rotina.” (Diário: 7/7/05).

Pode-se perceber, diante do estabelecimento da referida rotina, que os sinais vitais deverão ser verificados quatro vezes ao dia ou segundo orientação médica. O que chama a atenção, é o descomprometimento da supervisão, dos enfermeiros e da instituição em relação ao conflito que está posto. Há a necessidade de compreender entre os indivíduos e/ou equipes de trabalho, como o evento está ocorrendo e suas implicações no cotidiano de trabalho.

Portanto, rever os pactos de trabalho é uma necessidade que precisaria ser avistada pelo enfermeiro, podendo ser o mesmo mediador e articulador de conflitos, o que poderia evitar o aparecimento de certos sentimentos e insatisfações no grupo de trabalho.

Técnica de enfermagem diz ao enfermeiro, após a leitura da circular: “- Não gosto dessa rotina.” Ao mesmo tempo outras falas se fazem presentes: “-Tem tempo né [...] Quero só ver quando todos (técnicos de enfermagem) tiverem que ir ver os sinais às 9, não vai ter nem aparelho pra todo mundo. [...] Isso aconteceu porque tem muita confusão nos plantões.”

Enfermeiro fala para os técnicos: “- Agora tem que cumprir, tenho certeza que os médicos foram reclamar!” (Diário: 7/7/05).

O descontentamento é visível na equipe de enfermagem, pois desabafos se fazem presentes, e o enfermeiro também se pronuncia tendo a certeza de que, de certa forma, a “culpa” foi dos médicos que reclamaram... Mais uma perseguição à vista!

Percebe-se que os ruídos não se constituem como analisadores do processo de trabalho. Segundo Merhy

essa idéia de ruído vem da imagem de que, cotidianamente, as relações entre os agentes institucionais ocorre no interior de processos silenciosos até o momento que a lógica funcional, predominante e instituída seja rompida. Porém, esse rompimento é normalmente percebido como uma disfunção, como um desvio do normal, que deveria ocorrer. (1997, p. 134).

Em seu estudo, Chagué (2003) tece que no cotidiano de trabalho os gerentes, na sua maioria, não tomam o conflito como um ponto de análise.

Cecílio aborda que o conflito

É o que escapa, o que se representa, o que se denuncia, o que invade a agenda de quem faz a gestão, o que incomoda. São os comportamentos observáveis, que, exigem 'tomadas de providências': a briga entre funcionários, bate boca de pacientes com funcionários, disputa de recursos entre unidades diferentes, reclamações de pacientes. Ruídos. (2002, p. 7).

Quando os enfermeiros se utilizam de modelos de gestão pautados na Teoria Clássica da Administração, tem-se a tendência de reduzir os sujeitos à condição de instrumentos dóceis e disciplinados para que respondam positivamente aos objetivos da organização. O desafio que se impõe aos dirigentes, está pautado na diretriz de se "governar para produzir sujeitos". Nessa vertente, a Enfermagem necessita buscar subsídios que a auxiliem a lidar no seu cotidiano com as situações conflituosas que se apresentam, tendo em vista que o conflito pode se configurar como algo positivo para o grupo.

Portanto, há a necessidade de se libertar da centralização de decisões e da lógica do controle, expressivamente presente no dia-a-dia de trabalho do enfermeiro, que encontra reforço nas instituições que tem o seu *design* organizacional verticalizado, com a intenção de normatizar e controlar todo o processo produtivo, retirando do trabalhador a responsabilidade pela sua criação autônoma.

Ferraz (1995, p.24) destaca que "o aspecto essencial da gerência científica é o conceito de controle, tornando-se uma necessidade absoluta para o administrador à medida que ele tem a incumbência de impor aos trabalhadores uma maneira rigorosa de executar o trabalho".

Dessa forma, Spagnol aponta que

este estilo de gerência tradicional não tem permitido aos trabalhadores da Enfermagem criarem espaços coletivos de gestão, onde possam atuar como atores sociais, ou seja, compartilharem o processo decisório e adquirirem capacidade coletiva de análise para resolverem seus problemas e identificarem suas demandas. (2005, p.121).

Nessa seara, Campos (1997) salienta que no seio das organizações, os trabalhadores não têm se constituído como sujeitos autônomos, produtores de seus próprios processos em decorrência do excessivo controle exercido sobre os mesmos.

A lógica presente no território adentrado (hospital), não favorece a criação de tais espaços coletivos. Por outro lado, acredita-se ser possível a mudança, visto que, é nos microespaços que ela pode vingar, descapturando subjetividades e constituindo sujeitos.

Do ponto de vista dos usuários, Ferla considera que

o adoecimento também não é um fenômeno individual. O sofrimento concreto e as conseqüências reais do adoecimento relacionam-se com o grupo social, com a família, com a comunidade. Não há uma identidade isolada, uma célula errante por ocasião do adoecimento. E essa dimensão coletiva do ser múltiplo e mestiço também demanda cuidados e a escuta sensível dos serviços, cuidados não centrados no olhar vigilante e disciplinador da tecnologia (que também é social) da biomedicina. (2004, p. 99).

Equipe de enfermagem e usuários: corpos recheados de devires, prenhes de possibilidades, corpos que sofrem, que demandam cuidado solidário e escuta sensível!

5.1.4 O SABER/PODER E SUAS ASSIMETRIAS: O ENFERMEIRO E A PARANÓIA DO NÃO SABER/PODER

Tome-se como fio condutor desse tópico a reflexão sobre a insuficiência do modelo funcional, no que se refere à micropolítica do poder no hospital. Os princípios de funcionalidade presentes do hospital apresentam vantagens, ou seja, há fluxos bem definidos, tendo seus sistemas funcionando de maneira estruturada e, de certa forma, previsível, mesmo em suas partes: que fragmenta o trabalho, os trabalhadores e conseqüentemente os pacientes.

Está claro que a racionalidade funcional que cerca o hospital dá conta de muitas questões administrativas, e é devido a isso que o referido modelo encontra legitimação e se reproduz nas mais diversas subjetividades através do que está instituído, podendo capturar movimentos instituintes, levando-os à consecução dos objetivos operacionais.

Também é conhecida a força e as possibilidades dos mencionados movimentos instituintes, mas, por outro lado, há uma rede de tensões e ruídos que está afeta aos trabalhadores, com foco aqui nos enfermeiros em suas inter-relações com outros profissionais, em especial, os médicos.

Portanto, a produção de cuidados, no contexto hospitalar, realiza-se de maneira coletiva, em meio a capturas, descapturas, produções, reproduções, desmanches, interesses corporativos, pessoais e de grupo. Um lugar de ordem e desordem com toda sua complexidade, que também cede espaço às forças instituintes que exalam desejos e afetos.

A integralidade do cuidado, como uma noção amalgamada e preche de sentidos que deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes da equipe multiprofissional, constitui-se em um grande desafio para os profissionais,

uma vez que teimam escapar de novos arranjos institucionais, com vistas a outros modos-de-ser no trabalho, que integram canais de comunicação mais solidários e democráticos entre as profissões, no seio da produção dos cuidados em saúde.

Até o presente momento, evidenciaram-se muitas paranóias presentes no trabalho do enfermeiro, mas, pensando na gestão dos cuidados, indaga-se: qual é o lugar ocupado pelo enfermeiro no que se refere ao monopólio da gestão dos cuidados com suas assimetrias em relação ao saber/poder?

Os escritos de Merhy; Cecílio (2001) podem ajudar na reflexão, visto que apontam que há em potência, na Enfermagem, a possibilidade de constituição de um saber/poder, mas que não é legitimado, ou seja, investido formalmente. Portanto, a enfermagem é um lugar de poder, embora muitos enfermeiros não o reconheçam em suas práticas cotidianas, sendo linhas que se formam integrando um emaranhado de outras linhas, que se desmancham e se (re)fazem e que, muitas vezes, não são visíveis ao enfermeiro, denotando o que Lunardi et al. (s/d) denominam “anorexia de poder”.

Sendo assim, compreende-se a necessidade de problematizar e relativizar esse ter ou não ter o monopólio da gestão dos cuidados, mostrando alguns desses feitos no Diário de Bordo.

Tendo em vista a realização de procedimentos e/ou orientações aos usuários, constata-se que o enfermeiro também não detém tal monopólio, conforme visto anteriormente anteriormente, ou seja, muitos outros profissionais (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, médicos, etc.), além dos próprios técnicos de enfermagem, também cuidam.

Portanto, há uma grande dose de utopia e até mesmo de pretensão ao se dizer que o *cuidado direto*, na vertente de estar com o usuário, está afeto somente

ao enfermeiro; afinal, todos cuidam e disputam a produção e a gestão do cuidado.

Há procedimentos técnicos privativos do enfermeiro (sondagens nasogástricas, nasoenterais, punção de catéteres, etc.), mas aponta-se que tal exclusividade e habilidade não têm sido suficientes para qualificar os atos cuidadores, ou seja, não têm funcionado como uma estratégia, visto que estão desconectadas do todo do usuário, mecanizadas, sendo o próprio corpo do enfermeiro um corpo-máquina que não consegue se desterritorializar, deixando os espaços de cuidado se tornarem unicamente estriados. Ao mesmo tempo, sustenta/mantém um saber-poder dentro da equipe de enfermagem, que se configura como uma especificidade da atuação do enfermeiro, para a manutenção do próprio corpo de conhecimento da profissão.

Não há como negar que a afirmativa que entende o cuidado como o único objeto de trabalho do enfermeiro, acaba apontando para pontos nevrálgicos da atuação profissional, fazendo circular dentro e fora da academia que, quando o enfermeiro não está atuando diretamente com o paciente, não está por sua vez cuidando.

Neste momento, cria-se uma dicotomia: cuidar ou gerenciar, como uma linha de segmentaridade binária que polariza, fragmenta, fazendo surgir sentimentos de distanciamento do usuário e, conseqüentemente, um distanciamento com o que se aprende nos cursos de Graduação em Enfermagem.

Entende-se que o cuidado não está ligado apenas ao usuário. Portanto, há que se cuidar também da equipe de enfermagem, que está subordinada ao enfermeiro, buscando utilizar saberes/ferramentas administrativas que não estejam centradas, na hierarquia, no controle e na execução mecânica de procedimentos, possibilitando a gestão do cuidado e o cuidado da gestão, humanizando relações e

gerindo com saber.

Registram-se momentos, que poderiam expressar maior proximidade do enfermeiro com os usuários, momentos que poderiam originar linhas de fuga, na tentativa de desterritorializar o corpo-máquina do enfermeiro.

Enfermeiro dirige-se à UTI acompanhado do técnico de enfermagem. Entra na UTI, recebe os documentos do paciente, confere e assina. Ajuda a transportar o paciente para a maca (paciente realizou colecistectomia, está icterico, SNE, comunicando-se com dificuldade, está com intracath e acesso venoso periférico).

Enfermeiro da UTI: “- Tá com sorinho, SNE, drenagem tudo bem.”

Enfermeiro da unidade: “-Tá, tudo bem!” (sorri)

O paciente é levado para o quarto; o enfermeiro ajuda a colocá-lo no leito e logo após sai do quarto. (Diário: 16/6/05).

Enfermeiro dirige-se à UTI acompanhado pelo técnico de enfermagem para buscar paciente. Ao chegar recebe informações do enfermeiro da UTI sobre o estado do paciente.

Enfermeiro da UTI: “- Olha, ela tá melhor. Tá com bomba de infusão, sonda (SNE), cateter (central) e se comunicando. Ela (paciente) tem uns espasmos, mas é normal.”

Enfermeiro da unidade: “-Tá bom!” Ajuda a transportar a paciente para maca e sai da UTI. No quarto, ajuda a transportar a paciente para a cama e diz para um familiar : “- Depois eu volto.”

Paciente: “-Tô com dor na barriga.”, diz o paciente antes de o enfermeiro se retirar do quarto.

Enfermeiro: “- Eu vou ver.” Sai do quarto. No posto de enfermagem, o enfermeiro faz o registro de chegada do paciente, olha a prescrição médica e, após, pede para a técnica de enfermagem fazer a medicação para dor que estava prescrita. O enfermeiro não retorna ao quarto. (Diário: 16/6/05).

As passagens aqui transcritas poderiam se configurar como um certo monopólio no cuidado pelo enfermeiro, mas, para isso, haveria a necessidade de sua avaliação (exame físico), para o planejamento de futuras intervenções, sem que houvesse a necessidade de ordem médica ou presença desse profissional. Problemas e/ou riscos poderiam ser detectados e até mesmo antecipados com esse “fazer junto com o paciente”. Não deveria esse *fazer* estar somente ligado à realização de procedimentos técnicos com um fim em si mesmos.

Mas, o programa foi cumprido... O enfermeiro foi buscar o usuário na UTI, visto que é um dever, está instituído. Não acolhe os familiares, que são uma extensão dos usuários e, portanto, também foco do cuidado, além de não cumprir promessas de retorno ao quarto, implicando mais uma vez em uma “economia com o usuário

Avaliar a dor de um usuário, que é um sinal vital, se resume em “mandar o técnico de enfermagem administrar a medicação prescrita”, o que não exige maiores proximidades com as dores do corpo. Prevalece, assim, o vínculo com o prontuário e com a prescrição médica, diálogo mudo e frio que não exige reflexão e, principalmente, contato.

Aqui, escapa ao enfermeiro o “monopólio” do cuidado, no sentido de estar junto de fato para avaliar, pensar, planejar e deliberar com conhecimento e autonomia. Ao mesmo tempo, constitui um saber/poder perante a equipe de enfermagem, que busca o parecer do enfermeiro, ou até mesmo uma avaliação para administrar ou não medicações prescritas pelo médico. Parece que aqui reside uma obrigação do técnico de enfermagem, ou seja, ter que avisar o enfermeiro do que está acontecendo com o usuário, como uma atitude protocolada, que obriga a inferir a existência de uma coordenação voltada para o controle da equipe de enfermagem, com todas as suas paranóias.

Levando em consideração que os canais de comunicação nem sempre são livres e podem se tornar fonte de ruídos e tensões, percebe-se a necessidade de criar pontes de contato entre as lógicas das profissões para haver (de fato) a produção do cuidado em seu sentido lato.

Mas, como é possível ao enfermeiro criar as referidas pontes ou elos face a uma prática de enfermagem que é modelada e conduzida pelo ato médico, estando

aquele numa posição dominada?

Em diversos momentos, constatou-se uma postura médica de dominação, embasada, provavelmente, no pressuposto de que o enfermeiro está ali para apenas servi-lo e/ou acatar ordens.

Entra no posto de enfermagem um médico que procura a folha de prescrição em cima do balcão, visto que não havia folha em branco no interior de um prontuário. O médico então fala ao enfermeiro: “-Por que não está aqui (aponta para o prontuário), o que é que custa?” O enfermeiro prontamente providencia a folha (retira de uma gaveta) e diz: “-Está aqui.” (Diário: 1/6/05).

O enfermeiro verifica um prontuário enquanto chega um médico no posto de enfermagem (o que reclamou da folha de prescrição no dia anterior). Sem o médico dizer nada, o enfermeiro automaticamente fornece-lhe a folha de prescrição médica em branco. (Diário: 2/6/05).

Prontuários que não estiverem “em ordem” podem originar momentos de tensão; esquecimentos não podem ocorrer por parte do enfermeiro. Por outro lado, o enfermeiro assume responsabilidades que não são suas, para que o trabalho flua na unidade de internação, e o médico não seja incomodado.

Enfermeiro anota na folha de prescrição médica um soro glicosado para um paciente, pois relata para mim (pesquisadora): “-O médico esqueceu de prescrever, isso é comum. Depois eles assinam a prescrição.” (Diário: 2/6/05).

Deduz-se aqui o medo da comunicação, da proximidade, do questionamento ao médico, o que talvez possa ser explicado.

Um médico diz ao enfermeiro e a um outro médico que estão no posto de enfermagem: “- Me atordoaram (um enfermeiro) à noite toda por causa de uma saturação de oxigênio, aí eu mandei a pessoa pra longe, você sabe!” (Diário: 2/6/05).

Assim como o usuário tem que pensar muito bem para apertar a campainha,

o enfermeiro deve ligar para o médico na certeza incerta ou em último caso, visto que pode originar conflitos entre as equipes (médica e de enfermagem).

Nesse sentido, contratualizar com o médico não é tarefa fácil, uma vez que a Enfermagem é o pólo dominado na relação de dominação que o médico estabelece com todos os profissionais da equipe e com os pacientes. Portanto, os contratos não se fazem de maneira horizontalizada.

Merhy; Cecílio apontam como exemplo que

determinados pedidos de medicamentos controlados sejam feitos de determinada forma e em determinado impresso padrão. Ora, quem preenche tal impresso, legalmente, é o médico. Se o médico, como é usual acontecer, deixa de cumprir tal formalidade, inviabiliza o compromisso da enfermagem com a farmácia, que deixa de cumprir o seu compromisso também. (2001, p. 14)

Dessa forma, situações semelhantes se constituem em fonte de conflitos, porque a Enfermagem está impedida de um poder formal.

Merhy e Cecílio (2001) que descrevem a possibilidade de a Enfermagem também construir contratos com os médicos, mas tais contratualizações não se dão de maneira horizontal, numa relação de troca entre iguais, pois é o médico que tem o poder de definir a alta, o comando dos protocolos de cuidado, etc.

Chega um médico no posto de enfermagem e diz em voz alta aos técnicos de enfermagem e ao enfermeiro que ali se encontravam: “-Vou dar alta para o paciente do 37-A.” Após, a técnica de enfermagem informa ao enfermeiro, e o mesmo verifica as anotações médicas. (Diário: 7/7/05).

Observa-se, pelos fatos registrados no Diário de Bordo, a dificuldade de comunicação entre médico e enfermeiro, no sentido de compartilhar decisões acerca do paciente, da melhor conduta, ficando nítido o exercício de um saber/poder que não dá margem a novos arranjos institucionais, na perspectiva de uma gestão clínica ampliada, acionando, assim, uma paranóia que desnuda os projetos terapêuticos

que são quase inexistentes, fazendo emergir a competição e até mesmo a exclusão. O resultado é ressentimento e sentimento de impotência. Tal dificuldade também é marcante entre o enfermeiro e os técnicos de enfermagem, visto que engendra relações de subordinação da equipe de enfermagem frente ao saber/poder do enfermeiro.

Aqui, importa para o médico “quem sabe mais”, fazendo aparecer generalizações excludentes que coabitam conflituosamente: ou o saber/poder médico ou o saber/poder do enfermeiro. Não é preciso mencionar quem foi o grande “vencedor”, mas tem-se a certeza de que o usuário, de certa forma, não é o protagonista, pois saiu perdendo, visto que permaneceu passivo, sem direito à escuta e à consulta se o óculos nasal ou a máscara de ventura o deixou mais ou menos confortável, não tendo assim o poder de decidir sobre si mesmo.

É importante dizer e, acima de tudo, refletir que o trabalho fecundo ocorre no “entre”:

É que o meio não é uma média; ao contrário, é o lugar onde as coisas adquirem velocidade. Entre as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para a outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio. (DELEUZE; GUATTARI, 2000, p. 37).

Os corpos entram em um processo de repulsa: incomodação, atritos que se fazem em espaços estriados.

Houve, portanto, a prevalência da propriedade da profissão médica que tem a saúde como um problema só da medicina e não da vida, como se a vida fosse precisa, controlável, exata. Em muitos momentos, o não-saber não se configurou como potência para aprender, visto que o saber médico se esgota em si mesmo, instalando a paranóia de que é preciso dominar e saber sempre.

Ainda em relação à determinação médica da retirada da máscara de

ventura, o enfermeiro verifica a prescrição médica:

“O2 em óculos nasal, 3l/mim se necessário” e na última linha da prescrição; “MV (máscara de ventura) se orientado pelo médico.” O enfermeiro me mostra e diz sorrindo: “- Mas no início do plantão estava (paciente) com óculos a 15 l/mim... É muito. Vou deixar a 3 litros e ver como a paciente fica. Não quero que ela piore. Se a paciente não ficar bem, aviso a médica.” (Diário: 7/7/05).

Não há aqui o “monopólio” da gestão do cuidado pelo enfermeiro, uma vez que o médico estabelece os ritmos do cuidado. As decisões, portanto, não são colegiadas, e o enfermeiro (mesmo descontente com a conduta) não encontra espaço no projeto terapêutico.

Pode-se afirmar ainda que a alta hospitalar segue o mesmo molde: o médico assina a alta e avisa o enfermeiro nem sempre diretamente. Por outro lado, não se observa a preocupação do enfermeiro em compartilhar o referido momento de decisão ou de questionar mesmo quando a decisão já foi tomada: compartilhar o quê?

5.2 MÁQUINA DESEJO: ALGUMAS DESCAPTURAS

No território das práticas, enfrentaram-se muitas correntezas teórico-práticas, a mudança das marés e de luas. Avistar as paranóias não foi uma tarefa tão difícil, visto que saltavam aos olhos e percorriam o corpo desta pesquisadora com uma velocidade incalculável.

Desafiaram-se os sentidos e não se contentou com aquilo que se mostrava aparente. Deixou-se que os corpos sentissem o movimento das águas, o cheiro da terra; ficou-se à deriva; ruminaram-se idéias; utilizou-se musicalidade, poesia, canto

dos pássaros, cheiro da maresia e subjetividade para enfrentar a complexidade do cotidiano de trabalho do enfermeiro.

Paranóias e desejos coabitaram as observações no território das práticas, mas não sonhou-se sozinha, o sonho tornou-se realidade junto às pessoas que navegaram conosco, no mar e em terra firme e, como já dizia Raul Seixas: “[...]”sonho que se sonha só ... é só um sonho que se sonha só... mas sonho que se sonha junto é realidade.”

Capitães e marujos mesclaram-se e muitos foram os sonhos a navegar!

Atracar no microterritório *máquina desejo* só foi possível ante a produção de sentidos despídos de preconceitos, de conceitos paralisantes, das aparências, que muitas vezes não permitem captar a essência do movimento dos elementos que estão sempre em construção.

E, assim, nesse movimento ondulatório, nesse tempo cíclico, espiralesco, navegou-se no cotidiano de trabalho do enfermeiro, sem perder de vista, na pós-modernidade do trabalho, a sabedoria dos velhos marinheiros.

Seguiu-se escrevendo, costurando pensamentos da autora, de outros; nós e tramas fizeram-se trazendo estranhamentos à luz, no sentido de amenizar desassossegos frente à realidade compartimentada pelo esquadrinhamento, pela classificação e pela hierarquização.

Por várias vezes o texto-tese ficou em suspenso, mas, quando retornava-se ao trabalho de escrita, percebia-se o sempre-inacabado, as várias rotas e as muitas ligações que iam se revelando.

No texto, nós, corpos desobedientes que teimavam em não obedecer a algumas coerências, desatinos, delírios, paranóias... e, assim, desenharam-se linhas que não podiam ser detidas.

No território das práticas, havia enfermeiros – corpos também desobedientes que teimavam em não aceitar o instituído, o programado, o naturalizado. Exalavam alguns desejos, afetos e desterritorializavam-se. Traçavam linhas que, ao se instituírem, necessitavam de incessantes e novas fissuras; faziam e se (des)faziam – linhas mais flexíveis e de fuga que expressavam na transitoriedade que se encontravam no “entre”.

A máquina desejo pulsa, feito artéria, vibra, afeta todos os sentidos e muitas vezes não pode ser compreendida. Aprender, criar, ser-trabalhar no “entre”, desafio que se apresenta, que luta contra a correnteza e não se cansa mesmo sob a chuva ou o forte sol.

Corpos cansados e incansáveis de metamorfoses que expressam protagonismos feitos de fragmentos, para que nada tome corpo... e tome o corpo.

Com delicadeza, os corpos dos enfermeiros fendem-se com a própria paralisia, esbarrando nas tensões e intenções – corpos estilhaçados que se refazem num novo corpo onde tudo se traça e foge ao mesmo tempo.

Realidade feita de sutilezas e de devires que transcendem os discursos dominantes. Passagens do Diário de Bordo encantam mesmo em meio a tantas paranóias; os ventos são outros e as possibilidades se apresentam dando passagens a mutações.

O corpo-máquina do enfermeiro se permite passar afetos e não suporta mais o peso da antiprodução, da produção de tantos não-sentidos e transforma-se em um corpo-desejo que aceita as incertezas e o não-saber – corpo-aprender que não esfria os corpos cuidados.

O farol sinaliza as muitas direções, escavações são feitas, pensamentos são despídos e esculpidos, não pensando apenas em compreender a profundidade

das passagens do Diário de Bordo, mas o que se formou na superfície de inscrição dos fatos, dos acontecimentos.

Eis aqui, um alguns movimentos provisórios avistados!

5.2.1 A PRODUÇÃO DE ATOS CUIDADORES COMPARTILHADOS: SUTILEZAS QUE REVELAM POTÊNCIAS

O enfermeiro busca desterritorializar-se e reterritorializa-se num corpo desejo, mesmo circundado de paranóias institucionais.

Faz apazamento de medicações, punções venosas, sondagens, fragmenta e fragmenta-se. Há registros castradores, mas estes não impedem a passagem dos espaços estriados para espaços lisos. São mutações sutis, mas que têm um movimento desejante de sair do programado, do mecanizado.

Pode-se definir o desejo enquanto vida em ato, segundo Guattari e Rolnik:

O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. Por não querer me atrapalhar com definições complicadas, eu proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, vontade de criar, vontade de amar, vontade de inventar outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores. (1996, p. 215).

Aqui, o trabalho do enfermeiro se constitui em desejo, em articulação e pode se configurar como viga de sustentação para que outros atores da saúde possam produzir cuidado.

Enfermeiro conversa com um médico sobre paciente que continua referindo forte cefaléia e tonturas. O médico, que está no posto, comenta que a paciente piorou nos últimos dias.

Enfermeiro: “- Vou conversar com o médico que fez a cirurgia, sobre a queixa da paciente e ver o que ele acha. Ela (paciente), ao invés de melhorar depois da cirurgia só piorou!”

Médico: “- Parece que tem algo mais... é bom conversar com o M.(médico)”

Logo após, o enfermeiro telefona para o médico e faz o relato. O médico diz que irá

ao hospital, pois não achava que a paciente estava tão ruim e que, provavelmente, iria pedir uma tomografia.

Enfermeiro, relata ao médico que está no posto, que o Dr. M. virá. Vai até o quarto da paciente e diz: “- Já falei com o Dr. e ele virá. Tenta fechar os olhos e relaxar. É bom a Sra. Não sair da cama e, se precisar, aperte a campainha... tá bom?” (Diário: 2/6/05).

De quarto em quarto, na leitura de muitas prescrições, prontuários, atende ao telefone, telefona, comunica-se com muitos profissionais e serviços. Lida incessante que não cansa e não descansa. Aqui, o enfermeiro lança uma linha de fuga, protagoniza e mostra que seu ato cuidador está centrado no usuário, visto que, acolhe a queixa do mesmo e tenta tranquilizá-lo humanizando a relação. Além disso, demonstra que não é o centro do processo, deixando-se fluir pelo meio, não sendo capturado pelo instituído.

O enfermeiro é depositário da necessidade do usuário, desterritorializa-se, e se permite cuidar de fato no desejo de construir um projeto terapêutico.

É importante ressaltar, que houve uma escuta sensível do enfermeiro, capaz de captar a necessidade do usuário sem banalizar a queixa, utilizando-se da tecnologia leve. Houve responsabilização por parte da equipe em torno do problema, produzindo uma relação de vínculo e aceitação.

Fortuna (2003, p. 162), aponta a necessidade de “se fazer pactos pela vida e para a vida, pacto de compromisso com o devir em passagem” e não os pactos que aprisionam.

O trabalho do enfermeiro necessita de inúmeras articulações, ou seja, pactuações que nem sempre ocorrem de maneira harmoniosa e horizontalizada, principalmente quando está afeto à atividade do médico. Por outro lado, o enfermeiro também incorpora atitudes que podem expressar submissão, como reforço à hegemonia médica, não questionando os atos de saúde que ali se constroem.

Por outro lado, a *máquina desejo* conta que o saber médico pode comungar com o saber do enfermeiro, em busca de projetos/ações terapêuticas mais humanas. Retalhos de uma colcha que, ao se juntarem, podem formar variados desenhos e tantos significados que estão no “entre”, que vingam perante a equipe flexneriana com todos os seus movimentos de resistência, ressaltando que o desejo já vivia pleno antes da castração.

Enfermeiro sugere ao médico a passagem de um intracath em uma paciente que foi puncionada três vezes durante a noite e que o “acesso venoso está ruim.” O médico concorda e pede para preparar o material. (Diário: 2/6/05).

Enfermeiro fala para o médico que: “-Seu J do 40, tá com tudo via oral, precisa mesmo de soro?”

Médico: “- Não, não, suspenda na prescrição e não precisa puncionar.” (Diário: 2/6/05).

Enfermeiro chega para receber plantão e recebe informações de uma paciente que necessita de acesso venoso e que já foi puncionada várias vezes. Diz ao enfermeiro que está passando o plantão: “- Vou sugerir ao médico a passagem de um duplo lúmem, vamos ver o que ele acha, sei não (sorri para o enfermeiro).” (Diário: 16/6/05).

Verifica-se o desejo de compartilhar/construir o projeto terapêutico com o médico, visando a minimizar maiores sofrimentos para o usuário. Expressa preocupação com o mesmo e, possivelmente, também com o médico, em relação à receptividade, na discussão do caso. A paranóia do medo pode estar presente e capturar o desejo que se faz presente. Linha de fuga que pode não vingar.

Matumoto aponta que, quando se discute um caso com a equipe

re-vive-se os afetos, re-constrói-se mundos e histórias, na mesma medida que se provoca a criação de novos mundos e de novas histórias, instituindo novas formas de agir. Parece que o espaço das discussões de caso está reservado para uma espécie de administração das relações entre os vários trabalhadores e seus núcleos de saber profissional. (2003, p. 139).

Necessidade de se arriscar, de se lancar ao mar, com todas as suas surpresas e imprevistos e, diante das subjetividades que há em produção. Observa-

se que o enfermeiro mais uma vez, cava o espaço de protagonismo, rompendo com o estereótipo.

Fortuna tece que:

equipe de saúde é produção. Que se possa lançar-se ao mar e viver a equipe como partes lado a lado, sem todo, num movimento de compor/descompor fronteiras entre saberes/fazer, fugindo da sobrecodificação da equação: divisão- falta- recomposição pela equipe. (2003, p. 166-167).

Visualiza-se que o enfermeiro rompe com a linearidade do trabalho e com a lógica de que é o médico quem decide. Portanto, nessa realidade segmentarizada, avista-se um movimento de busca que acena para a produção de atos cuidadores compartilhados que extrapolam o casulo da Enfermagem e quer se fazer presente, o que pode ter ressonâncias na equipe.

Para tanto, habilidades gerenciais se fazem necessárias. É hora de abrir a caixa de ferramentas e operar no instituído, com todas as suas mazelas, seus poderes e saberes.

Pires (1999, p. 35) comenta:

O médico é o elemento central do processo assistencial institucional em saúde. Os demais profissionais que participam de assistência, subordinam-se às decisões médicas, mas cada categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisão. (1999, p. 35).

No trabalho institucional, não imperam apenas linhas de segmentaridade dura binárias e/ou circulares, visto que, mesmo diante da produção do trabalho instituído, há a possibilidade de aflorar, de se deixar passar linhas mais flexíveis e/ou de fuga. Portanto, a difícil missão da desterritorialidade na superfície de registro controle, tenta vingar, embora muitas vezes isso não ocorra. Ressalta-se que o enfermeiro pode atuar com autonomia, desde que seu olhar esteja atendo às necessidades dos pacientes, não fazendo dos momentos de realização de procedimentos algo expressamente mecanizado.

É preciso abrir rizomas!

Enfermeiro, antes de iniciar um curativo bastante complexo, pede para a técnica de enfermagem administrar medicação para dor, que na prescrição estava “se necessário” (morfina subcutânea). No decorrer do procedimento, chega o médico, avalia a ferida e pede ao enfermeiro para fazer a medicação para dor, e o enfermeiro responde: “- Já fiz.” E começou a sorrir.

Médico: “- Que eficiência!” (risos). (Diário: 9/6/05).

Dessa forma, o corpo-desejo se faz presente, controlado por mecanismos sutis de captura, indispensáveis ao sistema capitalista e timidamente vai tomando corpo, sem deixar tomar o corpo. O enfermeiro fende o programa, com a loucura do fazer e cria espaços para ensinar: cuidados com o cuidador.

Enfermeiro verifica no prontuário de um paciente se há medicação prescrita para vômitos. Chama a aluna do técnico de enfermagem e diz que é necessário fazer Plasil.

Enfermeiro pergunta para a aluna: “- Você sabe?”

Aluna: “- Sei, mas tu vais junto?”

Enfermeiro: “- Eu vou contigo.”

Enfermeiro vai ao encontro da aluna, acompanha o preparo da medicação e do material. No quarto, ensina a aluna como administrar, manuseio do soro, etc. e acompanha atentamente a administração da medicação endovenosa. (Diário: 10/6/05).

Enfermeiro conversa com o professor do técnico de enfermagem sobre o ensino dos alunos, dificuldades, etc. (Diário: 10/6/05).

Orienta professora do técnico de enfermagem sobre a retirada de um soro e salinização do acesso venoso. (Diário: 16/6/05).

O enfermeiro possui potência de transversalizar a equipe de saúde, configurando-se como ponte, que trabalha no “entre”. Assim, busca constituir-se em sujeito na dinâmica do trabalho em saúde, protagonismo que tende também ao papel de coadjuvante, sem deixar de produzir sentidos na produção do cuidado.

Ressalta-se mais uma vez aqui, que há centros móveis de saber/poder e, sendo assim, protagonistas e coadjuvantes coexistem na produção do cuidado. Isso,

não num sentido de maior ou menor importância, mas de complementaridade, mesmo sabendo que os modos instituídos de operar e os saberes dominantes se fazem facilmente estratos permanentes e capturam as metamorfoses produtivas, como um não à integralidade e à não-escuta do usuário, que não é percebido e se fragiliza.

Acredita-se que o ser-enfermeiro, para que seja um profissional articulador e mediador de situações conflituosas no ambiente de trabalho, necessita operar na sua realidade concreta, tendo em vista uma caixa de ferramentas (saberes, tecnologias, etc.), lembrando também que os conceitos são poderosas ferramentas de potência, desde que tenham sentido.

Em relação à caixa de ferramentas, há que se salientar, ainda, uma outra necessidade premente: despir os discursos dominantes que cercam a Enfermagem, que acentuam e fazem acreditar na ausência de poder do enfermeiro. O exercício de poder é relativo na medida em que a Enfermagem é quem gerencia o cuidado, tendo o usuário como o marcador do cuidado.

Fronteiras fixas e imóveis entre os saberes-fazeres necessitam ser desterritorializadas. Há que se ter mesclas, mas conforme apontam Deleuze e Guattari (2002, p. 23) “é necessário guardar o suficiente do organismo para que ele se recomponha a cada aurora”.

Entende-se que para haver a construção de projetos terapêuticos, há a necessidade, segundo Merhy

de se operar com alguns dispositivos que possibilitem redefinir os espaços de relações entre os vários atores nesses processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando esse processo no interior de uma equipe de trabalhadores. (1996, p. 117).

O que provoca inquietação, é como fazer vingar no contexto hospitalar, que tem seus núcleos específicos fortemente definidos e ancorados em modelos administrativos permeados pela fragmentação que não permitem a construção da autonomia dos sujeitos?

As instituições hospitalares precisam pensar em modelos de gestão mais flexíveis, que provoquem a constituição de espaços coletivos que possam realmente construir sujeitos que reflitam as mazelas contidas nos processos de trabalho.

Entende-se, que os movimentos que ocorreram no território das práticas revelaram sutizas em relação a produção do desejo. São movimentos cercados de fragilidades e muito ruidosos, tendo em vista a máquina paranóia que está presente no trabalho cotidiano. Por outro lado, houve a produção de atos cuidadores centrados no usuário, permeados por linhas mais flexíveis que não se deixaram capturar na superfície de registro-controle.

No que tange a enfermagem, salienta-se a necessidade de ter um olhar sensível que recoloque no processo de cuidado sua dimensão tecno-assistencial e gerencial, com sua potência criativa e inventiva que, ainda, encontra-se capturada pela dicotomia entre cuidado e gestão.

5.2.2 EM BUSCA DE FERRAMENTAS QUE QUALIFIQUEM OS ATOS CUIDADORES: O DESEJO DE COMPARTILHAR E DE APRENDER

O corpo-aprender também é sedento de desejos e expressa necessidades, utilizando-se dos sentidos, que fogem das paranóias e se ampliam em busca de outros olhares, outros sons, outra falas, outros cheiros e gostos.

Busca-se ir além, atracar em portos, algumas vezes distantes e de difícil

acesso. Primeiro, vem o impreciso desejo de navegar. Só depois vem a precisa ciência de navegar. (ALVES, 2000). Sensibilidade e criatividade se fazem presentes.

Fortuna (2003, p. 154), relata que “muito do aprendido não se pode compreender, está depois das palavras, ou antes, não sei. Talvez no desterritório delas: numa sensação que o corpo conhece”.

Aprender se depara o tempo todo com o controle e com a não-democratização do poder e está sujeito a uma falsa liberdade de “ser”, para que posteriormente possa ser capturado, revertendo-se novamente em um corpo-máquina que é dominado, que também domina e resiste ante o aprender.

Nessa vertente, Campos aborda:

Comando e controle pressupõem concentração de poder. A democratização do poder nas instituições seria, portanto, uma diretriz operacional anti-taylor. E, sem dúvida, a marca central da organização moderna ou pós-moderna continua sendo o autoritarismo. Um autoritarismo, às vezes, revestido com palavras doces – parceria, integração, desenvolvimento de recursos humanos, flexibilização - mas enganosas. (2000, p. 23).

Diante do desafio de ser corpo-aprender, o Diário de Bordo revela possibilidades e estratégias sutis que podem qualificar os atos cuidadores:

Enfermeiro, enquanto faz registro na planilha diária do setor, dirige-se à pesquisadora dizendo que gostaria de aprender a ver os resultados de exames laboratoriais, “para poder evoluir melhor os pacientes e prevenir, avisando o médico, o quanto antes, quando chega um resultado alterado.” (Diário: 16/6/05).

Percebe-se a preocupação do enfermeiro em se antecipar a uma necessidade, ser ágil na comunicação com a equipe médica. Fica nítida sua importância no estabelecimento de elos entre as equipes, bem como sua co-responsabilização na produção dos cuidados.

A gestão se configura aqui como uma estratégia no cuidar, despida de seus

aspectos normativos e burocráticos, sendo, de fato, uma função-meio, que, muitas vezes, não é percebida pelo enfermeiro na sua lida cotidiana, talvez pelas oposições binárias (cuidar *versus* gerenciar) que se situam nos discursos dominantes e invadem o território das práticas.

É sabido que os trabalhadores de saúde vivem a angústia do “ter que saber sempre, ter todas as respostas”. Para muitas coisas não há respostas exatas, principalmente quando se está lidando com a vida. Entretanto, alguns elementos contidos na *terceira configuração* das práticas de cuidado e intensificados na *quinta configuração*, engendram o quanto o saber pode servir como regulamento, reforçando a concentração de poder, com vistas ao disciplinamento e controle dos corpos cuidadores e cuidados, fixando territórios e criando regras de biossociabilidade.

Enfermeiro, em conversa sobre uma prescrição médica diz: “- Quando a gente tem dúvida ou não sabe, vai atrás, mas o médico nunca tem dúvida e não aceita, muitas vezes, sugestões nossas sobre os pacientes.” (Diário: 8/6/05).

No hospital, cada especialidade, com domínio em cada parte do corpo, não se permite, em muitas situações, o não-saber, fechado os profissionais à novas aprendizagens: linhas de segmentaridade circular não-flexíveis que ressoam em um único centro.

Linhas mais flexíveis podem estar presentes, mas ainda não se constituem como de fuga:

Enfermeiro vai até a UTI para acompanhar a passagem de um catéter. De volta ao posto de enfermagem, fala para a pesquisadora: “- Aprender é sempre necessário... pra cuidar direitinho do paciente... o hospital tem sempre coisas novas e a gente tem que se atualizar. De final de semana a gente faz plantão e tem que assumir a UTI, e os médicos não querem

nem saber se vc sabe ou não. Nos finais de semana não tem setor fixo.” (Diário: 16/6/05).

Observa-se, que há a busca de conhecimento técnico para atuar junto ao paciente. Mostra-se disponível, vai até a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e entende que isso pode qualificar o cuidado. Pode-se dizer que há aqui a presença de uma linha de segmentaridade circular mais flexível que poderia romper e se transformar em uma linha de fuga. Por outro lado, o enfermeiro em sua fala, deixa revelar o quanto esse aprender responde a uma necessidade do próprio processo de trabalho que demanda o consumo de tecnologias equipamento e determina nos finais de semana a supervisão de todos os setores do hospital, inclusive a UTI, mesmo que o enfermeiro não tenha conhecimentos/habilidades satisfatórias para atuar na complexidade das unidades fechadas.

Portanto, o desejo foi capturado pela superfície de registro-controle, com suas linhas de segmentaridade dura, alimentando o que está instituído, se revelando como uma obrigação para a manutenção da vida institucional.

Durante as leituras e releituras do Diário de Bordo, avistou-se uma linha de fuga:

Enfermeiro, durante a passagem de plantão conversa com o enfermeiro do turno anterior: “- A gente podia pensar em dividir as enfermarias para fazer o histórico de enfermagem (entrevista) e as evoluções para poder ver todos os pacientes. Isso já foi tentado antes, mas não deu certo porque as enfermeiras não colaboravam. Os pacientes precisam ser evoluídos pra gente poder acompanhar melhor.”

Enfermeiro que está saindo do plantão responde: “- Acho bem importante. A gente pode planejar...acho que dá certo! Não dá só pra gente ficar entrando e saindo do quarto fazendo procedimento... tem que ter objetivo.” (Diário: 7/7/05).

Observa-se a necessidade de quebrar o ritmo cotidiano. Os enfermeiros visualizam uma estratégia que pode qualificar os atos cuidadores, no sentido de criar proximidade/vínculo com o usuário, reforçando que não basta entrar em um quarto,

é preciso ter objetivo e planejar. Isso pode qualificar a escuta, humanizar o cuidado e se transformar em um ato cuidador centrado no usuário.

Há o desejo de produzir novos sentidos, mesmo estando diante de condições de trabalho que pouco favorecem, com destaque aqui para o grande número de leitos da unidade de internação estudada.

A gestão e produção do cuidado, mesmo em face ao programa (dentro da concepção de Morin), necessita de estratégias para ter sucesso. Com tantas dificuldades que perseguem o enfermeiro e a equipe de enfermagem, como: quantitativo de enfermeiros em relação ao número de leitos; escassez de equipamentos; trabalho especializado e fragmentado, etc., encontra espaço para lançar uma linha de fuga, compreendendo a necessidade de se criar parcerias com outros enfermeiros.

O enfermeiro desafia o instituído e tenta romper com as segmentaridades duras presentes na sua lida cotidiana:

Durante a visita de enfermagem, o enfermeiro avalia um paciente que retornara de uma cirurgia ortopédica (membro inferior). Primeiro, conversa com o paciente: “- Oi Dona J., como é que a Sra. Tá?”

Paciente: “- Graças à Deus que já passou, não vejo a hora de poder andar! Tô com um pouco de dor, mais é assim mesmo.”

Enfermeiro: “- Eu vou ver se o médico deixou alguma coisa prescrita, mas se não tiver eu entro em contato com ele. Posso examinar a Sra. Um pouquinho?”

Paciente: “- pode sim.”

O enfermeiro avalia o membro operado (temperatura, perfusão e pulso). Ao sair do quarto diz para a pesquisadora: “- Preciso estudar mais exame físico... para poder auscultar direitinho... administrar a assistência.”

Pesquisadora: “- Eu tenho um material que pode ajudar... posso te emprestar.”

Enfermeiro: “- Quero sim... eu tiro um xerox e depois te devolvo.” (Diário: 7/7/05).

No dia-a-dia de trabalho, os enfermeiros apontam a dificuldade de realizar a técnica de exame físico, tendo em vista o grande número de pacientes internados, a

ocorrência de muitos procedimentos e as muitas demandas burocráticas.

A passagem do Diário de Bordo, revelou que o exame físico se configurou como uma ferramenta que pode qualificar a gestão do cuidado. Fica claro, pela fala do enfermeiro, que o cuidado não está dissociado da gestão. Ressalta-se, que dependendo de como as ferramentas são utilizadas, tem-se a conformação de um determinado tipo de prática, centrada no usuário ou não.

Parcerias podem se fazer presentes e os plantões podem significar de fato continuidade:

Enfermeiro relata ao pesquisador: “- O enfermeiro do turno anterior sugeriu uma divisão de alguns procedimentos (trocas de punções, curativos de intracath), para não sobrecarregar ninguém e atender melhor os pacientes. Achei muito bom, vai melhorar muito.” (Diário:7/7/05).

Eis aqui uma linha de fuga que pode qualificar sobremaneira os atos cuidadores do enfermeiro, auxiliando na composição de tantos outros atos de saúde.

*Enfermeiro fala com um médico sobre o curativo de uma paciente que continua com forte odor. O médico, pede para que a mesma o acompanhe na avaliação da paciente. O enfermeiro, acena positivamente e reúne o material necessário, pedindo para que a técnica de enfermagem responsável pelo paciente também acompanhe. Durante a realização do procedimento, o médico indaga ao enfermeiro o que poderia ser feito? O enfermeiro diz: “- poderíamos utilizar o carvão ativado... Há muita secreção!
Técnica de Enfermagem: “-isso não melhora e ela (usuária) sente muita dor quando a gente troca o curativo.”*

Médico: “- Dona C. A Sra. Vai melhorar. Vamos mudar o jeito de fazer e vou deixar um remédio para dor.” Paciente agradece, segurando a mão da técnica de enfermagem. (Diário: 8/7/05).

A equipe multiprofissional, mesmo em meio a fragmentação trabalho, busca articulação e deseja compartilhar o projeto terapêutico que pode vingar; linha de fuga que vibra e rompe com discursos hegemônicos. O enfermeiro aponta a necessidade de também construir com a equipe. Há uma diversidade de vozes,

discursos e escutas presentes nos diferentes saberes profissionais. Equipe protagonista, que cuida, acolhe-se e humaniza o ato cuidador.

Aprender, em meio a um processo turbulento e, de certa forma, castrador, constitui-se em um desafio: corpo que aprende navega no incerto e vai aprendendo que:

O processo de mudança acontece em meio a atitudes de aceitação e resistência, cabendo ao instituinte a tarefa de ir correndo as dificuldades, ir enfrentando a resistência com naturalidade, com alianças, inovações e muita tranquilidade para nadar contra a correnteza. (FERRAZ, 2002, p. 61).

5.2.3 EM BUSCA DE UM MOVIMENTO QUE DESEJA A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO: ESCUTAS E VOZES

Todos os dias, pacientes vão embora e outros tantos chegam nas unidades de internação. Trazem consigo medos, angústias, preocupações... esperanças.

Portanto, há que se ter a preocupação com a construção de pactos de vida, pactos de cuidado com a vida, baseados na criação e construção de redes/rizomas. Necessidade de mergulhos profundos, nos quais os trabalhadores se deixam afetar e, também, afetam tantos outros trabalhadores, pacientes, familiares, etc.

O enfermeiro, provoca fissuras nas visitas compulsórias de enfermagem, desterritorializa-se e, de alguma forma, aproxima-se e toca o paciente.

Enfermeiro, enquanto realiza um curativo de intracath, conversa com a paciente: “-A senhora está sentindo alguma coisa?”

Paciente: “-Eu estou com dor.”

Enfermeiro: “-Eu vou pedir para a técnica fazer um remedinho, a senhora tem que falar, pedir.

Durante o diálogo, o corpo do enfermeiro se aproxima do corpo do paciente, olha atentamente e toca seu braço. Acolhe a queixa e dá abertura para a sua paciente se expressar. Quando o enfermeiro termina o procedimento, a paciente toca o rosto dele em sinal de agradecimento e fala de vida de maneira emotiva. (Diário: 5/7/05).

Dessa forma, o enfermeiro toca e é tocado pelo usuário no processo de cuidar; acolhe e se mostra sensível. Não há foco exclusivo no procedimento (curativo), denotando um agir humano e ético:

Quando o enfermeiro sai do quarto após a realização de curativo, expressa que: “- Os idosos têm necessidade de falar, adoro eles. E ela (paciente), está sozinha.” (sem acompanhante). (Diário: 5/7/05).

Durante a visita de enfermagem, enfermeiro conversa com uma paciente sobre a sua internação e sobre o que mudou na vida da paciente quando ela descobriu que era diabética.

Enfermeiro: “- Como é que a senhora está se sentindo hoje?”

Paciente: “- Foi um susto e eu nem sabia que o problema no meu pé (pequena ferida) era por causa disso. Eu sempre comi de tudo e agora...!” (olha para a enfermeiro desolado).

Enfermeiro: “- Não é fácil, mas a gente vai te ajudar. A gente precisa cuidar do seu pé também. O médico e a nutricionista já conversaram contigo sobre a dieta, a insulina?”

Paciente: “- Ainda não. Eu não vou dar trabalho.”

Enfermeiro: “- Não, não é trabalho nenhum, a gente tá aqui para isso. Depois eu volto para conversar mais contigo.”

Paciente: “- Tú és muito querida.” Paciente fala com os olhos marejados e em seguida pede para dar um beijo no rosto do enfermeiro. O enfermeiro aproxima o seu rosto e a paciente a beija calorosamente e lhe dá um abraço. (Diário: 8/7/05).

Percebe-se, diante do fragmento do Diário, que o usuário não se sente à vontade para se comunicar com a equipe, pois não quer “dar trabalho”. Sente-se, de certa forma, um peso, que pode ser reflexo do próprio processo de trabalho.

Os atos cuidadores do enfermeiro escapam dos princípios clássicos da administração, os quais, quase sempre, estão voltados prioritariamente para a tecnoburocracia hospitalar, que encontra força nas instituições com características paranogênicas, pautadas na lógica da submissão à autoridade. A gestão encontra expressão e adentra o espaço de cuidado sem a “veste” da racionalidade científica.

Nessa vertente, o estudo de Ribas-Gomes aponta:

Tomando-se como fato que no processo de produção de cuidados de saúde o trabalho do enfermeiro está, inegavelmente, associado à crescente complexidade burocrática das organizações, principalmente do sistema

hospitalar, onde detém posição estratégica na hierarquia da administração central e posição privilegiada na estrutura dos serviços de enfermagem, desenvolvendo atividades gerenciais, convence-se da importância de se buscar uma compreensão mais ampla sobre a gestão e as hierarquias de gestão enquanto um processo essencial que produz e regula ações de saúde.(1999, p.37).

Nessa vida, o enfermeiro também percebe que a família igualmente necessita de cuidados. Constroem e reconstróem juntos histórias da vida, histórias de dor e de esperanças.

A família também deseja participar do cuidado; faz-se presente, questiona e também sofre as dores de seus entes e, assim, vai até o posto de enfermagem em busca do enfermeiro:

Familiar chega no posto de enfermagem e questiona sobre a cirurgia de seu ente: “-Ele (paciente) vai mesmo para cirurgia amanhã? Não aguento mais esperar, tá todo mundo preocupado.”

Enfermeiro: “-Olha, está marcado para amanhã mesmo e, até agora, o médico não me disse nada, se não vai fazer. Mas, o seu “A” (paciente) está bem?”

Acompanhante: “-Ele tá ansioso, tem vontade de voltar pra casa!”

Enfermeiro: “-Tenta relaxar um pouquinho, eu sei que é difícil, mas a pressão dele tá boa, não tá alterada, mesmo ansioso. Vou telefonar para o médico e pedir para ele vir conversar com vocês. Vou lá no quarto daqui a pouco conversar um pouco com ele (paciente). Tudo bem por enquanto?”

Acompanhante: “-Tá bem. Olha, muito obrigada, às vezes a gente precisa desabafar um pouquinho.”

Enfermeiro: “-Se precisar pode me procurar.” (Diário: 7/7/05).

Aqui, o enfermeiro se utiliza da gestão permeada pela tecnologia leve. Acolhe e cuida da família, tranquilizando-a, sendo um elo entre usuário, família e equipe de saúde, ocupando, de fato, um espaço na produção dos cuidados em saúde.

Eis aqui uma linha de fuga projetada pelo enfermeiro, que escapou da paranóia do fazer tantos não-sentidos e permitiu-se a escuta sensível e o acolhimento. Esse devir o fez enfermeiro que cuida.

Enfermeiro fala com um paciente: “-O Sr. não tá comendo nada!”

Paciente: “- Não gosto da comida daqui, não tem tempero.”

Enfermeiro: “- Mas o que é que o Sr. gosta de comer?”

Paciente: “- De tudo, massa, carne, arroz...”

Enfermeiro: “- Então, a comida de casa é bem temperada!”

Paciente: “- Bastante.”

Enfermeiro: “- Mas agora com o diabetes! Vou falar para a nutricionista vir aqui e conversar com o Sr.” Após sair do quarto, disse à pesquisadora: “- Quando eles (pacientes) estão internados muda tudo, por isso é importante conversar, saber o que eles gostam, faziam. O médico nem sabe!” (Diário: 7/7/05).

Observa-se que o enfermeiro reconhece a necessidade de inclusão do usuário no processo de cuidar, sendo um aspecto importante para a integralidade da cuidado, que necessita de novas formas de sentir, falar e fazer nossas práticas de modo compartilhado no campo da saúde”. (HENRIQUES; ACIOLI, 2004 p. 203

Cecílio e Merhy (2003, p. 201) tecem que “o período de internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar na vida”.

Segundo Casate e Corrêa, a necessidade de

transformar o modo como se concebe o usuário do serviço de saúde (da lógica caritativa à construção da cidadania) é ainda um desafio. Comumente encontramos atitudes que “infantilizam” o doente, bem como outras que mantêm os trabalhadores fechados em seu próprio saber, com dificuldade para abrir-se à escuta do outro e ao estabelecimento de vínculo. (2005, p. 110).

Em se tratando do ambiente hospitalar, a mecanização e a racionalização do trabalho, impedem que o trabalhador desenvolva sua capacidade crítico-reflexiva levando-o ao desenvolvimento de atos cuidadores que não cuidam, não humanizam. É preciso que o processo de formação aborde tal questão, com todos os seus atravessamentos, questionando métodos administrativos aplicados nas instituições de saúde e os processos de trabalho que ali se desenvolvem, entendendo que “a humanização insere-se em um projeto político de saúde.” (CASATE; CORRÊA, 2005, p. 109).

6 A TRANSITORIEDADE ANUNCIADA!

... A VIAGEM NÃO TERMINA

Aqui não há conclusões, a navegação não finda. Muitas rotas poderão ser imaginadas, traçadas e vividas e, bricolando, foi-se pondo lado a lado muitos pensamentos, desejos, livros, pesquisadores, amigos.

O sonho de navegar vai além... Há muitos outros territórios e, provavelmente, muitas embarcações despontarão no arco-íris.

Passagens do Diário de Bordo encantaram, desencantaram e provocaram ressonâncias na lida de pesquisadora-enfermeira-professora. Foram seguidos fluxos, pelo embalo do movimento das águas, pelo cheiro da terra, mesmo que ainda árida.

Discursos dominantes reforçaram amarras históricas e também estiveram sob o foco de intervenções teóricas, que mostraram a influência capitalística que aprisiona subjetividades e impede devires, no processo de trabalho do enfermeiro.

Nessa vertente, os trabalhadores-enfermeiros são “tragados” pelos princípios do sistema imposto, que os fazem acreditar que são essenciais e que dão conta das questões que se apresentam na lida cotidiana.

A equipe flexneriana faz resitência a mudanças, diante de um trabalho fragmentado, rotineiro e, assim, o enfermeiro “cuida”, esfriando os corpos cuidados.

O texto, que teve a pretensão de ser hipertexto, é permeável ainda a vários movimentos, a mutações. Fica afetado também com o balanço das águas, com a mudança das marés.

Fizeram-se confissões em linhas e entrelinhas: tristes, alegres. O pensamento metamorfoseou-se e fez-se uso de uma fusão de conceitos que produziram sentidos e até diminuíram a rigidez epistêmica (que nos perseguia).

Discursos dominantes, oriundos da academia e do campo de trabalho originaram fortes tensões nessa produção, o que possibilitou o mergulho em algumas de suas entranhas rígidas, na busca de outros sentidos.

Indagou-se, diante do desafio de concretização do SUS, se a integralidade, a humanização conseguem adentrar o território hospitalar, influenciando na produção de atos cuidadores. O SUS como força/potência de novos padrões estéticos de atuação cotidiana.

No que se refere à produção de cuidados no contexto hospitalar, preocupações se fizeram presentes ante o desafio de buscar outras formas de equacionar as necessidades e os interesses dos usuários, dos trabalhadores e das instituições de saúde, com a criação de projetos terapêuticos que favoreçam o desenvolvimento da autonomia das pessoas durante sua vida.

Nesse sentido, entendeu-se que, para haver a produção de cuidados, tem-se primeiro que produzir atos cuidadores que expressem, de fato, um certo modo de cuidar que seja “cuidador”, agregando, ainda, a necessidade de escuta sensível e envolvimento, tanto do conjunto dos trabalhadores em saúde, com responsabilizações entre as equipes e os profissionais, quanto dos usuários.

Portanto, a dimensão de cuidador está associada a todos os profissionais da saúde, sendo o cuidado um elemento que expressa articulação entre saberes e práticas.

O corrente discurso na Enfermagem, que aponta o cuidado como o “objeto” da atuação profissional do enfermeiro, parece não responder aos anseios da integralidade do cuidado, que só poderá ser obtida em rede, o que faz esfacelar infindáveis debates em relação ao “cuidado direto e indireto”, que invadem o território das práticas, não contribuindo para a transformação dos atos cuidadores

que, muitas vezes, configuram-se como atos de descuidado, visto que não estão centrados nas demandas dos usuários.

Há a necessidade de refletir, durante a formação do enfermeiro, sobre os discursos massificados e naturalizados, bem como sobre o impacto que os mesmos provocam no cotidiano de trabalho, tendo como pano de fundo as diretrizes do SUS.

Vale reforçar que a quebra do instituído não se concretiza com ações individuais isoladas. É necessária a construção de espaços coletivos, enquanto um *locus* que constitui sujeitos, envolvendo a multidisciplinaridade do trabalho em saúde, podendo ser o enfermeiro um forte articulador.

Outro ponto que chamou a atenção é a polarização entre o cuidado e a gestão presente no âmbito da formação e do trabalho do enfermeiro, ligando a gestão à burocracia, que se une ao discurso pautado “no cuidado direto e indireto”, atrelando o “cuidado direto” ao *fazer* procedimentos técnicos no paciente e o “cuidado indireto” à administração. Essa divisão fixou a ambos em pólos opostos e lhes atribuiu *status* diferenciado. Mas, sobretudo, seqüestrou sua potência criativa e inventiva e a submeteu às normas e à técnica.

Neste estudo, a gestão foi considerada como aquela que se utiliza dos saberes administrativos, entre outros saberes, além de ser uma das estratégias para construir formas de atender em saúde, que considerem as principais mudanças paradigmáticas do modelo tecnoassistencial. Portanto, a gestão é uma tarefa inerente a todos os membros de uma equipe, que envolve diferentes projetos ético-políticos em disputa e, no domínio desses projetos, ninguém governa sozinho e que co-governar é tarefa a todos os membros da equipe.

Sendo assim, todos (equipe de saúde) estão envolvidos na produção e gestão dos cuidados e, nessa vertente reflexiva, apreendeu-se que a

“administração/gerenciamento da assistência de enfermagem” não está somente afeta à aplicação de um determinado instrumento/ferramenta, como por exemplo, o Processo de Enfermagem. Neste estudo, algumas das etapas do Processo de Enfermagem desenvolvidas, transformaram-se em uma máquina de captura, como uma tecnologia para cuidar, revestida de aspectos duros, não produzindo acolhimento e humanização.

Além disso, é marcante a utilização de princípios da administração pertencentes à abordagem clássica da administração. Esses aspectos podem estar sendo reforçados pelo próprio ensino. Some-se, ainda, o fato de que tais princípios administrativos também encontram terreno fértil nas instituições hospitalares que têm sua estrutura organizacional baseada no ideal de funcionalidade e racionalidade, a qual extrapola o aspecto abstrato e se expressa por meio de ações/attitudes com forte apelo ligado à rigidez, segundo a qual tudo deve ser programado, aplicando regras impessoais, válidas para todos, com vistas à garantia da funcionalidade.

Visualiza-se que a Enfermagem pode assumir também um papel estratégico na assunção da gestão das unidades assistenciais, mesmo em face tantos atravessamentos institucionais, reforçados por conceitos extremamente produtivos aos seus objetivos, ao mesmo tempo que são antiprodutivos quando se lança um olhar para as necessidades que se apresentam em relação aos trabalhadores e usuários.

Salienta-se que foram utilizados alguns conceitos, na vertente da esquizoanálise, especialmente àqueles relacionados às linhas e às superfícies de produção, apoiando-se, também, na obras de Foucault, além de outros conceitos oriundos do campo da Enfermagem, bem como da Saúde Coletiva. Dessa forma, o

estudo foi premeado por um *mix* conceitual que colaborou na construção das reflexões e análises.

Diante de tantos questionamentos, construiu-se seis *configurações* para as práticas de cuidado, utilizando a ferramenta foucaultiana, que se configurou como uma tática com o objetivo de se buscar as discontinuidades, onde desenvolvimentos contínuos foram encontrados, levando em consideração as menores mudanças e seus contornos sutis, com suas relações de força funcionando em acontecimentos particulares e em movimentos históricos.

A elaboração das *configurações*, permitiu visualizar a dicotomia entre cura e cuidado, as várias concepções de doença e as muitas formas de assujeitamento da subjetividade, através de mecanismos de disciplina e controle, liderados pela lógica capitalista enunciados a partir da *terceira configuração*. Aponta-se, que na *quinta configuração*, o disciplinamento e o controle dos corpos envolveu a invenção de novos modelos de sujeitos com foco subjetivo às regras da biossociabilidade, rumo à construção das bio-identidades contemporâneas.

Vale dizer, que as *configurações* dialogaram em diversos momentos com o território das práticas estudado.

Ao se adentrar o território das práticas (hospital), as várias interrogações e análises teóricas, feitas neste estudo, ganharam corpo e tomaram o corpo – corpo do usuário, corpo de enfermagem, corpo médico. Corpos capturados, subjetividades aprisionadas, quase incapazes de lançar suas próprias linhas de fuga.

Observou-se a produção de atos cuidadores que pouco cuidaram, visto que estavam presos a normas, rotinas e procedimentos, tomados por linhas de segmentaridade dura; trabalho baseado no aspecto normativo, controlador, apoiado em um regime de verdade e tendo o poder como exercício e o saber como

regulamento, aspectos foram apontados na *terceira configuração*.

Vale lembrar, ainda, que a segunda configuração das práticas de cuidado deparou-se com a fragmentação, no sentido de promover uma forma individualizante, como um princípio organizador, que tomou expressão na terceira configuração, com o aparecimento de poderes múltiplos que se disseminaram pelo tecido social, de maneira prescritiva, através de controle contínuo e instantâneo.

Viu-se um movimento circundado por paranóias, no qual os enfermeiros foram perseguidos por normas, originando um processo excludente, formado pela linha de segmentaridade dura, que resultou em agenciamentos duais e escolhas binarizadas.

Observou-se que os usuários também são dominados, possuem um não-saber e podem se tornar um “peso” para a equipe, tendo em vista o que há de ser feito, cumprido, pelo que está instituído e rotinizado – o programa em ação.

Detectou-se que as estratégias de gestão utilizadas no cotidiano de trabalho também responderam à decisão de manter o instituído, ou seja, não substituíram a direção da intencionalidade. Burocratizou-se o cuidado como dispositivo para gerenciar as tensões, tendo a prescrição médica como isenção de compromisso, não impelindo o enfermeiro ao contato, à proximidade com o usuário.

Observou-se a presença de ruídos no que se refere a escassez de equipamentos institucionais e na própria realização da rotina de verificação dos sinais vitais. Tais ruídos não se constituíram como analisadores do processo de trabalho, denotando que há uma inabilidade em lidar com as questões postas e, assim, reproduzir o instituído foi a solução: linha de segmentaridade dura presente.

O trabalho do enfermeiro esteve circundado por instrumentos de controle eficientes, como as visitas de enfermagem, checagem de prontuários, orientações

baseadas em medidas prescritivas, as quais, muitas vezes, mostraram-se insuficientes.

Diante do trabalho fragmentado, o usuário também foi fragmentado, sendo reduzido a uma parte do corpo doente, vivendo a paranóias de não ser escutado, de não ser percebido, uma vez que os ouvidos e os olhos da equipe de saúde encontravam-se viciados, seletivos, fragmentados, engessados pelo tempo e, assim, os corpos cuidados permaneceram a espera de escuta sensível, acolhimento e humanização. Corpos para o consumo, corpos mutilados que já perderam sua identidade, corpos frios de trabalhadores e usuários.

Os momentos de proximidade dos enfermeiros com os usuários, traduziram-se em atos cuidadores mecanizados, não considerando o usuário como o marcador do cuidado.

Salienta-se que a gestão do cuidado esteve marcada por ferramentas administrativas baseadas nos princípios clássicos da administração, com vistas ao controle dos objetivos operacionais, com tendência de reduzir os sujeitos à condição de instrumentos dóceis e disciplinados.

Mesmo em face a tantas paranóias, o enfermeiro buscou desterritorializar-se e reterritorializar-se num corpo desejo e, assim, movimentos caracterizados pela escuta, pelo acolhimento e pelo desejo de construir um projeto terapêutico também estiveram presentes no território das práticas. Linhas mais flexíveis e de fuga forma avistadas, havendo a construção de atos cuidadores que realmente cuidaram.

Os usuários foram acolhidos em suas queixas, sendo que as tecnologias leves se configuraram como ferramentas importantes no processo de cuidar.

Os enfermeiros romperam com o programa e foram protagonistas em diversos momentos. Compreenderam a necessidade de se buscar ferramentas para

qualificar os atos cuidadores e utilizaram-se da gestão despida de aspectos normativos e burocráticos.

Parcerias entre enfermeiros e médicos fizeram-se presentes e auxiliaram na composição de tantos outros atos de saúde. Linhas de fuga que podem qualificar sobremaneira os atos cuidadores

Durante as leituras do Diário de Bordo, buscou-se captar não só linhas de fuga. Movimentos sutis e ruidosos, ou seja, linhas de segmentaridade circular mais flexíveis também vingaram com o propósito de fender com o instituído.

Escutas e vozes também adentraram o território das práticas, transformando as “visitas compulsórias” de enfermagem em momentos de acolhimento, denotando um agir humano e ético.

O enfermeiro, cuidou do usuário, da família, reconhecendo a necessidade de inclusão dos mesmos no processo de cuidar, sendo um aspecto importante para a integralidade do cuidado, que necessita de novas formas de sentir, falar e fazer as práticas, enquanto um compromisso ético-político para a produção da vida.

Aponta-se para a possibilidade de criação de espaços coletivos de reflexão e análise no campo das práticas, uma vez que, compreendeu-se que as observações realizadas em campo não foram suficientes para captar movimentos desejantes em sua plenitude. Reconhece-se a presença de limitações do estudo nesse sentido.

Portanto, uma das estratégias visualizadas, é a possibilidade de criação dos referidos espaços, para que o processo de trabalho em saúde e os modelos de gestão hospitalar possam ser interrogados, havendo a necessidade de envolvimento de outros profissionais que atuam no contexto.

No que tange ao ensino de Enfermagem, há a necessidade de reflexão sobre a utilização de ferramentas/conceitos que produzam impacto no trabalho do

enfermeiro ante as demandas (individuais e/ou coletivas) dos usuários, da equipe de saúde e do próprio serviço de saúde, buscando formar profissionais que saibam trabalhar no “entre”, considerando o cuidado como articulador de saberes e práticas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. 296 p.

ALVES, R. **A alegria de ensinar**. 5. ed. Campinas: Papirus, 2002.

ALVES, R. **Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2000. 148 p.

ANTUNES, M. J. M. O ensino de administração da assistência de enfermagem na escolas públicas da Região Sudeste. **Rev. Paul. Enf.** V. 10, n.2, p. 58-67, 1991

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BAREMBLITT, G. **Introdução à esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998. 123 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. **Enfermagem, legislação e assuntos correlatos**. 3. ed. Rio de Janeiro, 1974. 3. v.

BRASIL. Lei 7498/86 de 25 de junho de 1986. Regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986. Jun. 26. Seção 01; 9273-5.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p. 47-111.

BURMESTER, A. M. de O. Em defesa da sociedade. In: RAGO, M. et al. (Org). **Imagens de Foucault e Deleuze – ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP & A, 2002. p. 35-47.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições--o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000, 236p.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: hucitec, 2003. p. 185.

CARVALHO, A. C. **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: resumo histórico – 1942-1980**. São Paulo, 1980.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan./fev., 2005.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS: Abrasco, 2003. p.197-210.

CECILIO, L. C. O. **É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde?** Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 2002. /Mimeografado/.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L.C.O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 4, ano 2, p. 315-319, 1999.

CHAGUÉ, V. Gérer un conflit dans son équipe. **Revue du cadre soignant**, Paris, 2 (3) : p. 27-28, 2003

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G. **Foucault**. Trad. De José Carlos Rodrigues. Lisboa: Vega, 19--.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G. **Pourparlers**. Paris: Minuit, 1990.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**. Capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2002. v 5.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**. Capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 2000. v 1.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Trad. de Aurélio Guerra Neto. 3. ed. Rio de Janeiro. 1999. v. 3. 120 p.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Trad. de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FÁVERO, N. **O gerenciamento do enfermeiro na assistência ao paciente hospitalizado**. 1996. 92 f Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

FERLA, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: UERJ/REDESIRIUS/PROTAT, v. 4, n. 1, p. 85-106, 2004.

FERLA, A. A. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERNANDES, M. S. **A função do enfermeiro nos anos 90**: réplica de um estudo. Dissertação 2000. Dissertação (Mestrado)-- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem**: a gerência científica à gerência sensível. 1995. Tese (Doutorado) --Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Reibeirão Preto, 1995.

FERRAZ, C. A. **Ensaio sobre reforma político-administrativa hospitalar**: análise sociológica da transição de modelos de gestão. 2002. 157 p. Tese (Livre Docência) - - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FERRAZ, C. A.; VALLE, E. R. M. Administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La enfermería em las Américas**. Washington, D.C.: 1999. Publication Científica n. 571, p. 205-226.

FONSECA, M. G. **O trabalho do enfermeiro em um contexto de mudanças organizacionais**. 2000. 112 f. Dissertação (Mestrado) --Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

FORTUNA, C. M. **Cuidando de quem cuida**: --notas cartográficas de uma intervenção institucional em prol da montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para a produção da vida. 2003. 197 f. Tese (Doutorado) -- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. de Roberto Machado. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Trad. de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos IV**. Organização de Manoel Motta Barros. Trad. De Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, M. **Surveiller et punir**. Paris : Gallimard, 1975.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: o nascimento da prisão. Trad. de Raquel Ramallete. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

GALVÃO, C. M. et al. Liderança e comunicação : estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. Latino-am. de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 34-43, out. 2000.

GEOVANINI, T. O desenvolvimento histórico das práticas de saúde. In: GEOVANINI, T. et al. (Org). **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed Rio de Janeiro: Revinter. 2002. p. 5-27. cap. 1.

GOMES, E. L. R. **Administração em enfermagem**: constituição histórico-social do conhecimento. 1991. 248 f. Tese (Doutorado) --Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo. Hucitec-Abrasco, 1994.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas: Papyrus, 1995.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981. p. 88-105

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da faculdade de enfermagem da Universidade do estado do Rio de Janeiro. In: PONHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2004. p. 293-305.

HESS, R. O movimento da obra de Lourau (1933-2000). In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo : Hucitec, 2004. p. 15-46.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

INFORMANTE. **Baile de máscaras**. Disponível em: <http://informante.ne/bailedemascaras/apresenta.htm>. Acesso em 29/4/2004.

KERNBERG, O. **Ideologia, conflito e liderança em grupos e organizações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KRUSE, M. H. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Brasília: ABEn, 2004.

L'ABBATE, S. Agentes de trabalho/sujeitos? Repensando a capacitação de recursos humanos em Saúde Coletiva. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. 1995. p. 151-161.

LEITE, M. M. J. **O ensino da disciplina de administração aplicada à enfermagem**: compreensão dos graduandos. 1994. Tese (Doutorado)— Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

LÉVY, P. **As tecnologias da inteligência**. o futuro do pensamento na era da informática. São Paulo: Ed. 34, 2002.

LIMA, M. A. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de serviços no modelo clínico**. 1998. 216 f. Tese (Doutorado)--- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 1998.

LOPES, N. Da G. M. **A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem**: estudo sociológico em contexto hospitalar. 1994. 207f. Dissertação (Mestrado) --Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 1994.

LOURO, G. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes, 1997.

LUDKE, M.; ANDRÉ, E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, V. L.O; PETER, E. ; GASTALDO, D. **Es ética la sumisión de las enfermeras ?** Una reflexión sobre la anorexia de poder. Disponível em: <http://www.asanec.org/documentos/anorexiadepoder.pdf>. Acesso em: 15/3/2005.

LUNARDI-FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 1998. Tese (Doutorado) --Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MADEIRA, C. G. **Ensino aprendizagem teórico-prático da disciplina administração em enfermagem pelo método de projeto**. 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 186 f. Tese (Doutorado) -- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília. Ipea, 1993. 2 v.

MC CLAIN, M.E.; GRAGG, S. H. **Princípios científicos da enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Científica, 1970, 532 p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. Em busca de qualidade nos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Et al. O SUS e um dos seus dilemas :mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O. **O singular processo de coordenação dos hospitais**, 2001. Mimeografado.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.) **Saúde e Democracia**. São Paulo: Lemos, 1996. p. 109-135.

MERHY, E. E. et al. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. CEBES. **Saúde em Debate**, n.33, 1991, p. 83-89.

MERHY, E. E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. 2000. 227p. Tese (Livre Docência)- UNICAMP, Campinas, 2000.

MERHY, E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento- pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MISHIMA, S. et al. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate**, n. 24 (54), p. 66-74, 2000.

MORIN, E. Epistemologia da complexidade. In: SCHNITMAN, D. F. et al (Org). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Trad. de Jussara Haubert Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. cap. 16.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Trad. de Dulce Matos. 4. ed. Instituto Piaget: Estória editores, 2003.

MOURA, A. H. Breves notas sobre os antecedentes históricos da Análise Institucional. **Rev. Pulsional**, São Paulo, 1995.

NEVES, C. E. A. B. Sociedade de controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação. In: SILVA, A. E. et al. **Saúde loucura 6: subjetividade, questões contemporâneas**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 84-91.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

NIMTZ, M. A. **O Ensino das disciplinas de administração em enfermagem nas escolas de graduação da grande São Paulo**. 1999. 127 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, 1999.

ORTEGA, F. Da ascese à bio-ascese: ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: RAGO, M. et al. (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP & A, 2002. p. 139 -173.

PELBART, G. B. **A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea**. São Paulo: Fapesp/Illuminuras, 2000. 220 p.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil de 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez, 1989. 156p

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Pappalivros, 1999. p. 25-48. cap. 21.

POLIT, D.F.; HUNGLER, R.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBAS-GOMES; E. L. **Saber gerir e gerir com saber**: a indeterminação do conhecimento administrativo dos enfermeiros. 1999 Tese (Doutorado) -- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

RIZZOTTO, M. L. F. (Re)viendo a questão da origem da Enfermagem profissional no Brasil: a escola Anna Nery e o mito da vinculação com a Saúde Pública. **Trajetos**. 2 (5): 110-123, 1995.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental da América**. produção do desejo na era da cultura industrial. 1987. 188f. Tese (Doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

SANT'ANA, D. B. **Corpos de passagem**: ensaios sobre a subjetividade contemporânea. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SCHOELLER, S. D. Economia e política da ordem médica. In: GEOVANINI et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2002. p. 131-167, cap.9.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995.

SILVA, G. **Enfermagem profissional**: análise crítica. São Paulo: Cortes, 1986.

SILVA, R. A. N. **Cartografias do social**: estratégias de produção do conhecimento. 2001. 144. Tese (Doutorado) -- Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SILVA, A. L. A. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005. p. 75-98.

SPAGNOL, C. A. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, volume 10, número 01, 2005, p.119-127.

SPAGNOL, C. A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa do enfermeiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, volume 23, número 01, 2002, p.114-131.

ANEXOS

ANEXO A



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0081/2004

Ribeirão Preto, 20 de agosto de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 65ª Reunião Ordinária, realizada em 18 de agosto de 2004.

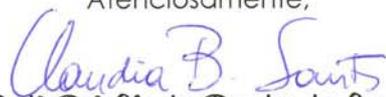
Protocolo: nº 0472/2004

Projeto: A Construção de Competências com Vistas a Formação do Perfil Gestor do Enfermeiro: notas cartográficas dos encontros e desencontros vivenciados pelos docentes no cotidiano pedagógico

Pesquisadores: Elizabeth Laus Ribas Gomes (Orientadora)
Marcia Simoni Fernandes (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof^a Dr^a Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof^a. Dr^a. Elizabeth Laus Ribas Gomes (Orientadora)
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B

Caxias do Sul, 10 de maio de 2005.

ESCOLA DE ENFERMAGEM
DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

AUTORIZAÇÃO

Conforme solicitação através de um Ofício enviado pela Enf^a Márcia Simoni Fernandes, informo que foi autorizada a coleta de informações para Tese de Doutorado, nos meses de junho e julho de 2005, junto aos enfermeiros de Unidade de Internação, com base no instrumento previamente apresentado a Gerente do Serviço de Enfermagem desta Instituição.

Enf^a Marli T. dos Santos Baierle
COREN 18337
Gerente do Serviço de Enfermagem

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: A PRODUÇÃO E A GESTÃO DO CUIDADO: NOTAS CARTOGRÁFICAS DOS ATOS CUIDADORES DO ENFERMEIRO NO COTIDIANO HOSPITALAR

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marcia S. Fernandes **COREn/RS:**61300-RS.

INFORMAÇÕES A SEREM DADAS AOS ENFERMEIROS SOBRE:

1- Objetivos e justificativa da pesquisa;

2- Procedimentos que serão utilizados e seu propósito, bem como a identificação dos procedimentos que são experimentais;

Realizaremos observações do trabalho do enfermeiro que serão registradas em um diário de campo. Ressaltamos que o pesquisador não fará qualquer tipo de intervenção no contexto de trabalho, sendo apenas um expectador.

3- Os desconfortos e riscos esperados;

Não há riscos esperados, porém em relação aos desconfortos, os mesmos poderão ocorrer inicialmente, tendo em vista a necessidade de estar junto ao

enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades.

4- Os benefícios que se pode obter.

Diante dos resultados do estudo, os mesmos serão apresentados e discutidos junto aos enfermeiros, abrindo para a possibilidade de futuros vínculos entre pesquisador e instituição.

Marcia Simoni Fernandes

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

EU.....

.....RG....., abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar do referido estudo;

- 1- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa a que serei submetido;
- 2- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo à continuação do meu trabalho;
- 3- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
- 4- O compromisso de me proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;
- 5- Que se existirem gastos adicionais estes serão absorvidos pelo pesquisador;
- 6- A utilização dos resultados serão exclusivamente para fins científicos;
- 7- Será garantida a não identificação do participante do estudo.

Caxias do Sul,.....de.....de 2005.

ASSINATURA DO ENFERMEIRO

PARA CONTATO COM O PESQUISADOR: e-mail: marciasimoni@ibest.com.br
Telefone para contato: (54) 2011331.