MARCIA REGINA NOZAWA

**PERFIL PROFISSIONAL, DISCURSO E PRÁTICA DE ENFERMEIRAS
GRADUADAS NA UNICAMP**

**Tese apresentada ao Departamento de
Saúde Materno-Infantil da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública.**

Orientadora: Profa. Dra. NÉIA SCHOR

SÃO PAULO

- 1997 -

AO ROGÉRIO E MARIA LUISA

À MINHA MÃE

À MEMÓRIA DE MEU PAI

AGRADECIMENTOS

ÀS ENFERMEIRAS, EX-ALUNAS DA UNICAMP, PELA FUNDAMENTAL PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO.

À PROFESSORA DOUTORA NÉIA SCHOR, PELA ORIENTAÇÃO, CONFIANÇA E AMIZADE.

AO ROGÉRIO, PELA PRESENÇA, PELO APOIO MORAL, AFETIVO E OPERACIONAL.

À DÉBORA KIRSCHBAUM, PELA TROCA AFETIVA E INTELECTUAL.

À JOYCE L. DOUGLAS FREITAS, PELO COMPANHEIRISMO E VERSÃO DO RESUMO.

ÀS PROFESSORAS DOUTORAS KEIKO O. BURALLI E FUMIKA PERES, PELO INCENTIVO.

AO CARLINHOS DA SECRETARIA DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UNICAMP, PELA AJUDA NA EDIÇÃO DO TEXTO.

ÀS “MENINAS” DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA, ELBA, IARA, SÔNIA, MEIRE, PELA AMIZADE E ATENÇÃO.

À CAPES E CNPQ, PELA BOLSA DE DOUTORADO.

ÍNDICE

RESUMO

SUMMARY

I. O SENTIDO DESTE ESTUDO.....	1
II. INTRODUÇÃO	9
2.1. A ORIGEM DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL	9
2.2. A PRÁTICA E IDEOLOGIA DE ENFERMAGEM	24
2.3. A FUNÇÃO DA ESCOLA	29
III. O PROCESSO DE PESQUISA	34
3.1. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	35
3.2. OBJETIVOS	47
3.3. DESCRIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	48
IV. CONTEXTO E SUJEITOS.....	54
4.1. ALGUNS DADOS DO CONTEXTO PARTICULAR DE FORMAÇÃO DOS SUJEITOS.....	54
4.2. OS SUJEITOS DA PESQUISA	60
4.2.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL.....	60
4.2.2. APROXIMAÇÃO INICIAL AO DISCURSO DOS SUJEITOS.....	82
V. MOVIMENTO DE APROXIMAÇÃO AOS SUJEITOS ENTREVISTADOS	88
5.1. ANÁLISE DE DISCURSO	92
5.2. CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DO DISCURSO	98
VI. ANÁLISE DE DADOS.....	101
6.1. O DISCURSO DE "D".....	101
6.2. O DISCURSO DE "Y".....	126
6.3. O DISCURSO DE "L"	138
6.4. O DISCURSO DE "A"	155
6.5. O DISCURSO DE "I"	167
6.6. DO PARTICULAR AO GERAL.....	175
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	181
VIII. AUTOCRÍTICA DA AUTORA	192
XIV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	195
ANEXO 1. CARTA DE APRESENTAÇÃO DA AUTORA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXO 2. TRANSCRIÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ABERTAS DO QUESTIONÁRIO	
ANEXO 3. ROTEIRO DE ENTREVISTA	
ANEXO 4. TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	

RESUMO

Situando-se no espaço de interseção da formação e da prática profissional, desenvolveu-se uma pesquisa de natureza qualitativa e de caráter exploratório, na qual se procurou caracterizar o perfil profissional de enfermeiras graduadas no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, no período de 1981 a 1993. Realizou-se, por meio dessa caracterização, a seleção de sujeitos cujos discursos foram analisados e possibilitaram a compreensão da prática de enfermagem, a partir da exploração de alguns eixos temáticos, tais como: processo de escolha e realização profissional; concepção de saúde-doença; saúde e trabalho na enfermagem; formação e prática profissional.

O dispositivo analítico empregado filia-se à escola francesa de Análise de Discurso cujo quadro epistemológico apresenta-se na articulação do materialismo histórico, como teoria das formações sociais e suas transformações; a lingüística, como teoria dos mecanismos sintáticos e de enunciação; a teoria do discurso, como teoria da determinação histórica dos processos de constituição dos sentidos.

A caracterização geral permitiu identificar que se trata de uma população predominantemente composta de profissionais do sexo feminino, jovens, casadas e que ingressaram no Curso de Graduação sem experiência anterior em enfermagem. A grande maioria, cerca de 97%, assumiu atividade profissional após a formação e apenas 10% não exerciam a profissão no momento de realização da pesquisa.

A maior parte trabalhava em serviços públicos de saúde situados no Estado de São Paulo, com predomínio no Município de Campinas. Aproximadamente 50% se concentrava em serviços hospitalares e 18% em rede básica de saúde. Entre as enfermeiras empregadas, 42% ocupavam funções administrativas e 38% se dedicavam a atividades assistenciais.

A remuneração média correspondeu a 13 salários mínimos e a jornada de trabalho mais freqüente foi de 40 horas semanais. O vínculo duplo de trabalho foi indicado por 17% da população estudada e promoveu um acréscimo médio de 25 horas semanais de trabalho e 6 salários mínimos.

Em relação ao processo de aperfeiçoamento profissional, perto de 50% indicou ter realizado especialização, aprimoramento ou habilitação.

Cerca de 70% indicou identificação com a prática realizada e, ao mesmo tempo, referiu insatisfação diante das condições de trabalho na enfermagem. Apesar disso, observou-se uma adesão crescente e favorável à profissão até os nove anos de atividade.

A análise da singularidade no uso da linguagem possibilitou identificar certas regularidades no funcionamento do discurso de enfermagem.

Em relação ao processo de inserção na enfermagem predominou o sentido de ausência de escolha. O sentido dominante de realização profissional situou-se no âmbito da gratificação pessoal.

No tocante ao cuidado com a própria saúde, os sentidos foram múltiplos e as práticas orientaram-se em várias direções, entretanto, houve o predomínio de uma prática de autocuidado incoerente com aquela destinada aos pacientes/clientes. Para estes, a prática desenvolvida se remetia tanto à valorização da doença quanto das relações interpessoais circunscritas aos limites do indivíduo.

De forma também dominante, a relação entre saúde e trabalho não se apresenta explicitamente no discurso.

Diante dos conflitos identificados no exercício da profissão, os sujeitos se posicionam preponderantemente de duas formas: implementando medidas orientadas por uma visão superficial que naturaliza as diferenças e resultam em práticas que não transformam a realidade ou absorvendo os conflitos e buscando estratégias individuais de resistência.

No plano do discurso, a relação explícita entre formação e prática é raramente indicada. No entanto, as marcas na construção do discurso evidenciam que a própria prática dos sujeitos representa e é indicativa do modo de ensinar enfermagem.

SUMMARY

In the intersection of professional education and practice, qualitative research of an exploratory nature was carried out, where a professional profile was drawn of the nurses which graduated from the School of Nursing of the State University of Campinas from 1981 to 1993. Through these characteristics, the subjects of this thesis were selected. The comprehension of the nursing practice was made possible through the analysis of their discourse, based on the investigation of some thematic lines, such as: process of professional choice and professional fulfilment; concept of health-sickness; health and labor in nursing; professional education and practice.

The analytical method employed is from the French school of Discourse Analysis, whose epistemological aspects are a result of the articulation of: historic materialism, as the theory of social compositions and their transformations; linguistics, as the theory of the syntactic and enunciation mechanisms; and the discourse theory, as the theory of historical determination of the process of development of the significances.

The general characterization identified a population predominantly composed by young, female and married professionals who entered the undergraduate course without previous experience in nursing. The majority, about 97%, began professional activities after the conclusion of the course and only 10% were not practising nursing at the time this research was carried out.

The majority worked in public health services situated in the State of São Paulo, predominantly in the Campinas municipality. Approximately 50% were concentrated in hospitals and 18% in primary health care services. Of the

nurses employed, 42% occupied administrative posts and 38% were involved with direct patient care.

The average salary corresponded to 13 minimum wages and the most frequent working hours were 40 hours per week. A second job was taken on by 17% of the studied population and caused a medium increase of 25 hours of work per week and of 6 minimum wages.

Regarding the process of professional specialization, about 50% indicated having done extensive qualification courses.

Around 70% indicated that they felt an identification with their practice and, at the same time, referred dissatisfaction with the working conditions in nursing. Despite this, it was possible to observe a growing adhesion, favorable to the profession, up until nine years of activity.

The analysis of the singularity in language usage permitted the identification of some recurrent discursive patterns in the operation of the nursing discourse.

Concerning the process of professional option in nursing, the sense of non-choice predominated. The dominant significance of professional fulfilment was in the area of personal gratification.

Regarding care for their own health, the senses were multiple and practices were oriented in many directions. However, there was a predominance of a self-care practice, which was not coherent with the care given to patients/clients. For these, the practice was linked to the valorization of sickness as well as to human relations, confined within the individual's own limits.

In a dominant form as well, the relation between health and labor does not explicitly appear in the discourse.

In dealing with conflicts identified in professional practice, the subjects position themselves dominantly in one of two ways: implementing measures oriented by a superficial perspective, which naturalises the differences and results in a practice which does not have an impact on reality, or by absorbing the conflicts and pursuing individual strategies of resistance.

In the discourse, the relation between education and practice are rarely indicated explicitly. However, the clues given by the discourse construction show that the actual practice of the subjects represents and is indicative of the way nursing is taught.

I. O SENTIDO DESTE ESTUDO

"Noites de Vigília", uma das mais conhecidas obras do escritor romancista A. J. Cronin, lida por volta dos meus 14 anos, talvez tenha sido a mais expressiva fonte de inspiração para a minha opção pela enfermagem. A principal personagem de tal romance era a enfermeira Anne, mulher de fibra, profissional extremamente séria, competente, humana, caridosa e obstinada em sua dedicação ao sofrimento humano. Comecei, a partir de então, a nutrir grande admiração pela enfermagem, embora meu contato com enfermeiras ou profissionais de saúde em geral tivesse sido quase inexistente.

Julgo que, ao ingressar no Curso de Graduação em Enfermagem, no ano de 1977, perseguia o sonho de me tornar uma Anne. Esse meu ideal foi muito alimentado pelo enfoque assistencial-humanitário presente no ensino de enfermagem. Contudo, um dado me causava muita indignação. Ao mesmo tempo em que os professores esperavam que fôssemos extremamente compreensivas em relação ao paciente, éramos submetidas a regras disciplinares rígidas, fortemente marcadas por um conteúdo ético-moral que impunham o cumprimento estrito das tarefas que nos eram atribuídas, a repetição infundável de procedimentos técnicos manuais, grande capacidade de discriminação, alto grau de maturidade e equilíbrio emocional. As angústias que experimentávamos diante do contato com o sofrimento humano não encontravam, sequer, um canal de expressão formal na situação de aprendizagem. Esse referencial implícito ao currículo formal acabava por assegurar a valorização das atividades manuais e o emprego rigoroso de

técnicas na execução desses procedimentos, bem como a suspensão da interferência de componentes do campo afetivo durante o aprendizado do exercício profissional. “Deslizes” de natureza afetiva eram interpretados pelos professores como falta de maturidade ou de estabilidade emocional e, habitualmente, “corrigidos” mediante intervenções que se expressavam em prejuízos na avaliação do desempenho do aluno. Tal “conduta pedagógica” não era observada por parte das professoras que ministravam a disciplina Enfermagem de Saúde Pública. Essa observação, aliada a várias experiências negativas vivenciadas no ambiente hospitalar, me motivaram a buscar, no último ano da graduação, a Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública.

A minha primeira experiência profissional foi bastante interessante, uma vez que pude atuar em um serviço básico de saúde desempenhando a dupla função de enfermeira assistencial e docente de um curso de graduação em enfermagem. Esta oportunidade rara possibilitou-me uma abertura de visão pessoal-profissional e resultou em importantes movimentos de reflexão que me permitiram, já como profissional, a *re-elaboração* de um olhar crítico, ainda que limitado do ponto de vista teórico, em relação aos diferentes sentidos que a educação pode assumir na prática pedagógica. Ressalto o termo *re-elaboração* porque a minha vivência, enquanto estudante de enfermagem, já permitira uma primeira aproximação crítica de tal questão, a partir da simples negação do modelo e das concepções pedagógicas predominantes na formação recebida. A partir de então, a prática docente delinear-se para mim enquanto possibilidade mais concreta de ação na busca pelo desejado “sonho” de transformar a realidade.

Com o passar dos anos, comecei a sentir-me em melhores condições de reconhecer e criticar meu otimismo ingênuo de outrora, bem como de criticar a formação e a prática alienada da enfermagem e, em especial, do enfermeiro. Hoje, acredito que aquelas incoerências que percebia no ensino de enfermagem representavam um conjunto de medidas, um projeto pedagógico subjacente, que visava, deliberadamente ou não, à valorização da razão e da ação em detrimento da emoção no processo de aprendizagem. Isso nos impedia, de algum modo, que nos reconhecêssemos como sujeitos integrais. Éramos movidas a acreditar que só poderíamos atuar como “verdadeiras” profissionais, caso mantivéssemos muito bem cindidas a emoção da razão e ação. Continuei acreditando na possibilidade de, através da docência, contribuir no processo de construção de uma enfermagem mais engajada no projeto de transformação da realidade. Negar-me esse sonho significaria negar a minha própria existência enquanto sujeito social. Este mesmo desejo associado ao interesse em realizar estudos de pós-graduação fez-me, após alguns anos, optar exclusivamente pela carreira docente ao ser admitida na Universidade Estadual de Campinas para ministrar disciplinas de Enfermagem de Saúde Pública.

A partir desse momento, a minha prática docente tem sido orientada pela busca incessante de promover um ensino que contemple a questão da instrumentalização teórica e técnica do aluno dentro de uma perspectiva de ensino crítico-transformador. Tenho me dedicado à reflexão e à proposição de práticas pedagógicas que tornem significativas as experiências de ensino realizadas na história de vida dos alunos e na organização de um processo educativo que possibilite a reflexão crítica da prática do enfermeiro.

A área materno-infantil, particularmente o grupo feminino, por conta do processo de identificação que experimentei ao desenvolver a pesquisa de mestrado, também se consolidou enquanto campo de interesse ao longo dos anos de experiência profissional. Percebi, muito claramente, durante a realização daquele estudo, cujo objetivo consistiu em desenvolver e avaliar uma ação educativa com mulheres, usuárias dos serviços de saúde, vivenciando a experiência da primeira gestação, o quanto a formação que recebemos na escola, bem como a organização dos serviços de saúde têm contribuído para promover, especialmente nas últimas décadas, a fragmentação da concepção teórica da assistência e do cuidado efetivamente prestado. A estratégia freqüentemente empregada por nós para minimizar os efeitos dessa fragmentação tem sido o trabalho multiprofissional que, por si só, não garante a concretização da tão propagada assistência integral à saúde. É bastante irônico pela redundância, mas acabamos por adotar a expressão saúde integral em função de que, na prática, o termo saúde, por um processo construído historicamente, acabou por significar simplesmente saúde física.

Ao finalizar a dissertação de mestrado, já se constituía muito fortemente em mim o interesse em prosseguir estudos de pós-graduação na abordagem de questões relativas à formação do profissional de saúde. Compreendi a importância do papel que este desempenha como veículo de difusão de concepções e condutas junto aos usuários dos serviços de saúde. Entendi, então, que me encontrava diante de uma oportunidade rara de explorar essa temática, uma vez que exerço a função docente em um curso de formação de profissionais de saúde cuja clientela é predominantemente constituída por mulheres. A passagem do estudo da mulher-usuária dos

serviços de saúde para a mulher-trabalhadora, profissional de saúde, encontra sentido a partir do pressuposto de que o estudo das representações e da prática desenvolvida pela enfermeira pode permitir a análise e transformação do ensino que a escola oferece e da prática de enfermagem, com a expectativa de que possa provocar reflexos na relação que a mesma estabelece com o sujeito último de sua atenção, o cliente/paciente.

Chamava-me, ainda, a atenção o comportamento observado em grande parte dos sujeitos de enfermagem, alunos, colegas de trabalho e de profissão com os quais tive a possibilidade de conviver e relacionar-me, pessoal e profissionalmente, diante das diferentes demandas que emergiam do contexto geral ou específico de trabalho. Ou seja, uma visão linear e automática de causa e efeito, uma necessidade acentuada e marcante de dar respostas imediatas aos problemas enfrentados sem considerar as consequências e implicações das mesmas, uma preocupação excessiva em corresponder fielmente à expectativa da autoridade formal e cumprir literalmente as regras e normas institucionais sem analisá-las criticamente. Enfim, uma dificuldade de percepção de que no movimento próprio de interpretação de dados e fatos da realidade contempla-se uma possibilidade de ação concreta sobre a mesma, um espaço de exercício de autonomia do sujeito, ainda que dentro de limites externamente instituídos.

Diante do exposto, muitas inquietações no contexto da prática docente permaneciam sem resposta. Compreender algumas delas representava o desafio que me colocava.

Pareceu-me que o estudo da subjetividade, traduzida pela relação

trazer à tona, sem desconsiderar os determinantes histórico-estruturais das práticas sociais, elementos que pudessem subsidiar a reflexão crítica e, talvez, o repensar do ensino e da prática de enfermagem.

Assim, este estudo teve como cenário principal questões relacionadas ao ensino de graduação em enfermagem que foram se constituindo como indagações ao longo de minha carreira de professora universitária. Ensino que, no discurso, preconiza a assistência integral, mas fragmenta tanto o processo de formação quanto o sujeito do cuidado de enfermagem; que, no plano teórico, preconiza a prevenção e promoção da saúde e, no entanto, conduz a formação do profissional predominantemente em serviços hospitalares em consonância com um enfoque curricular calcado na doença; ensino conservador que se organiza priorizando a transmissão dos conteúdos em detrimento do processo de aprendizado; escola que aliena o indivíduo durante a formação, mas reclama por profissionais críticos; que ensina por repetição e dicotomiza a teoria da prática, mas proclama o exercício reflexivo e ativo da profissão.

Lancei-me, então, à árdua tarefa de situar, nesse “terreno” amplo, controverso e repleto de indagações, o objetivo deste estudo e, dentro de uma certa perspectiva teórica, dirigir um olhar compreensivo que pudesse, de modo organizado e articulado, apreender esta realidade, ainda que de modo parcial. Considerava que a investigação da representação de saúde-doença junto ao profissional de saúde pudesse trazer contribuições para a compreensão de sua prática, uma vez que partia da pressuposição de que no processo de constituição dessa representação estão implicadas tanto a escola quanto a instituição de saúde. A escola, enquanto lugar legítimo de preparação formal, e

a instituição de saúde com dupla função, espaço complementar de formação (uma vez que se configura como campo de treinamento prático do aluno durante o processo de sua formação e, portanto, como possível referencial para a prática profissional) e, ao mesmo tempo, como espaço predominante de exercício profissional.

Considerava que, quanto maior fosse a aproximação ideológico-filosófica entre a escola e a instituição de saúde, mais efetivo seria o trabalho de constituição de um sentido hegemônico na concepção de saúde-doença apreendida pelos profissionais. Se, de modo distinto, não houvesse identificação ou, ainda, existissem conflitos da mesma natureza entre ambas as instituições, acreditava ser possível a produção de movimentos, relações que favorecessem a compreensão, por parte do profissional, de que os sentidos de saúde e de doença podem ser múltiplos, outros, ou outro.

Nesse processo de reflexão pessoal, uma outra indagação permanecia latente. Esta dizia respeito à questão do objeto de trabalho e do espaço de atuação do enfermeiro, cuja conquista tem sido veementemente defendida no discurso de enfermagem. Acreditava que, nos limites conferidos pelos objetivos e formato deste estudo, fosse possível apresentar contribuições no processo de compreensão do espaço de atuação do profissional, enquanto campo concreto de intervenção do enfermeiro no interior dos serviços de saúde.

Considerando o papel formador da escola, bem como os limites conferidos pelas instituições de saúde, o interesse central deste estudo consistia em compreender a prática do profissional enfermeiro à luz de questões relativas ao processo de escolha profissional, à concepção de

saúde, à percepção do sujeito que recebe seus cuidados, à percepção da relação entre saúde e trabalho e da relação entre formação recebida e prática profissional. Tais questões representaram as indagações cuja busca de respostas orientou a proposição geral deste estudo.

II. INTRODUÇÃO

2.1. A ORIGEM DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL

A história da enfermagem pré-profissional está delimitada pela história de uma prática social empiricamente exercida por mulheres, religiosos ou escravos. Esta prática era orientada por um saber de senso comum, socialmente propagado, desprovido de qualquer conhecimento especializado e, conseqüentemente, de prestígio social. O eventual reconhecimento social de seus agentes explicava-se muito mais por sua condição, ou seja, se leigos (irmãs, esposas, mães, escravos ou escravas) ou religiosos (diáconos ou diaconisas, monges ou freiras) do que propriamente por distinções na prática que os mesmos desenvolviam. Ou seja, a distinção social dos agentes religiosos da enfermagem tradicional advinha do prestígio que a religião desfrutava na Idade Média (Silva, 1986:40-41).

Pires, 1989:119, e Silva, 1986:46-47, referem que, no período que se estende de 1500 a 1860, no qual se situa a transição do modelo de economia feudal para o capitalismo, a enfermagem vive uma prolongada fase de decadência, mantendo-se aquém do desenvolvimento científico observado em vários campos do conhecimento, tais como a matemática, física, química, biologia, medicina. A desestruturação do sistema de assistência social e de saúde às populações pobres, que passava de prática caritativa desenvolvida e organizada por religiosos à prática remunerada, foi desencadeada pela Reforma Protestante que provocou o desinteresse pela vida monástica e a conseqüente queda quantitativa de monjas, bem como o movimento de supressão dos mosteiros. Neste sentido, torna-se importante assinalar a

transformação sofrida pelo hospital que, no período feudal, destinava-se a asilar e abrigar pobres, velhos, inválidos, doentes e deserdados e, a partir desse momento, volta-se à cura de doenças mediante o emprego de recursos da moderna medicina e, ainda, passa a assumir o papel de centro de estudos e de ensino (Silva, 1986:47-48).

A transformação ocorrida no hospital e o desinteresse do estado capitalista emergente no tocante às políticas sociais, observado principalmente na Inglaterra, que foi o berço do capitalismo e do anglicanismo, fez com que a administração do espaço hospitalar ficasse relegada a segundo plano. Este fato provocou a absorção pelo hospital de mulheres de classes pobres que não encontravam trabalho nas indústrias (Pires, 1989:120).

Ilustrando a desqualificação das mulheres empregadas pelos hospitais de então, Molina, 1973:33, menciona que *quienes atendían a los enfermos eran personas analfabetas y poco escrupulosas (.....) que dividían su tiempo entre trabajos serviles y el cuidado de los enfermos, que realizaban en la forma más rudimentaria, y por lo general eran afectas a la bebida. La mujer que entraba al servicio de un hospital lo hacía porque salía de una prisión y necesitaba una cama para dormir. El trabajo era pesado y la remuneración escasa; además, se carecía en absoluto de organización y supervisión.*

As guerras promovidas pelo Inglaterra na conquista de terras coloniais resultaram no alto índice de mortalidade entre os soldados feridos em combate, em decorrência das precárias condições de assistência oferecida pelos hospitais militares, representaram um marco importante na história de profissionalização da enfermagem. Assim, na guerra da Criméia, ocorrida entre 1854 e 1856, destaca-se a atuação voluntária de uma jovem pertencente a

uma abastada família inglesa, na organização dos hospitais militares ingleses. Florence Nightingale, nascida em Florença no ano de 1820, interessada pelo cuidado aos doentes, teve a oportunidade de realizar estágios em hospitais de caridade na Alemanha e França, além de viajar a outros países nos quais conheceu o trabalho desenvolvido pela enfermagem. Essas experiências propiciaram-lhe um acúmulo de conhecimentos neste campo e possibilitaram, tendo em vista as relações de amizade com autoridades inglesas, o oferecimento de seus préstimos aos feridos de guerra, contribuindo para que a mortalidade entre os soldados fosse reduzida de 40% para 2% (Paixão, 1979:66-67, 70).

Ao retornar à Inglaterra, Florence Nightingale, inicia o processo de instituição do ensino de enfermagem pela organização de uma escola de enfermeiras no Hospital St. Thomas, em 1860, a qual se transforma em modelo seguido por instituições semelhantes na própria Inglaterra e em outros países. A enfermagem nightingaleana nasce, portanto, sob o modo de produção capitalista e estrutura-se por meio de um ensino fundamentado em uma formação teórica sistematizada e em regime de internato durante o qual se assegurava, mediante rigorosa disciplina, a difusão de um comportamento pessoal-profissional impecável do ponto de vista ético e moral. Assim, os critérios de seleção das candidatas pautava-se na avaliação de sua conduta moral, capacidade intelectual e aptidão física. Além disso, a escola deveria gozar de autonomia financeira e pedagógica e ser dirigida por enfermeiras. Essa escola formava as *nurses*, provenientes das camadas populares, para o trabalho manual desenvolvido no hospital ou domicílio, e as *lady-nurses*, originárias das camadas sociais privilegiadas, para o trabalho intelectual de

supervisão, administração e ensino (Almeida & Rocha, 1986:42-43; Paixão, 1979:73; Silva, 1986:53).

No Brasil, o processo de instituição do ensino formal de enfermeiras ocorre por meio do Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890 (Brasil, 1974:26-27) que cria a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras junto ao Hospício Nacional de Alienados, que em 1921 recebeu a denominação de Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto. Segundo Pires, 1989:124, a criação dessa escola foi determinada pela saída abrupta das irmãs de caridade do Hospício Geral de Alienados, fato que provocou uma crise institucional e a necessidade imediata de reposição de pessoal de enfermagem minimamente qualificado para assumir parcelas da ação de saúde sob o controle médico. O texto do referido decreto indica que essa escola se destinaria à preparação de enfermeiros e enfermeiras para hospícios, hospitais civis e militares e que os cursos teóricos e as visitas às enfermarias seriam dirigidas por internos e inspetoras sob a fiscalização do médico e superintendência do diretor geral. Após a formação mínima de dois anos, os alunos receberiam um diploma do diretor geral da Assistência Médico-Legal de Alienados, visto que tal Escola se subordinava a essa diretoria. Entretanto, Pires, 1989:125, chama atenção à contradição entre os objetivos descritos em tal decreto e a finalidade implícita de viabilizar a assistência no Hospital Geral de Alienados.

No período denominado de República Velha (1889-1929) dá-se o predomínio político de grupos oligárquicos regionais em decorrência da hegemonia econômica do café. Com o propósito de garantir a autonomia das oligarquias regionais, a 1ª Constituição da República, datada de 1891, acabou por provocar o predomínio do poder dos Estados economicamente mais fortes

na condução das decisões nacionais. Desse modo, o controle da política econômica nacional concentra-se nos estados da região centro-sul do país, principais produtores de café e, no início do século XX, o Brasil se caracteriza como república agrícola exportadora de café, contribuindo com dois terços da produção mundial (Rossi, 1980:89).

A lavoura cafeeira, que é desenvolvida mediante trabalho assalariado, gerou demandas crescentes por mão-de-obra que, inicialmente, foi recrutada dentre o contingente de trabalhadores rurais dos Estados da região norte do país. Diante da falta de sucesso desse recrutamento interno face à forte oposição das oligarquias regionais daqueles Estados, restava a alternativa de recrutar imigrantes europeus. Contudo, a crise de mão-de-obra para a lavoura cafeeira agudizava-se pelas freqüentes epidemias e péssimas condições de saneamento, que, além de dizimarem a escassa população trabalhadora disponível, constituíam-se fortes obstáculos à vinda dos trabalhadores europeus, além de ameaçar a posição do país frente ao pleno desenvolvimento do comércio internacional (Rossi, 1980:10).

De acordo com Braga & Paula, 1981:42 , os problemas de saúde na economia cafeeira encontravam-se referidos principalmente a: endemias e carência de saneamento em núcleos urbanos emergentes no processo de acumulação cafeeira e à necessidade das empresas e do Estado de atrair e reter a mão-de-obra, tendo em vista sua escassez e as precárias condições de reprodução da força de trabalho. O panorama mórbido a requerer atenção do poder público constituía-se de cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola e doenças infecciosas e parasitárias tais como: a tuberculose, lepra e febre tifóide. Movido por tais interesses é que Rodrigues Alves, assumindo a

presidência do país no ano de 1902, lança um programa de obras públicas dirigidas ao saneamento básico da Cidade do Rio de Janeiro e ao combate à febre amarela urbana.

Em meio a esse panorama localiza-se a atuação do médico-sanitarista Oswaldo Cruz, fundador e primeiro chefe da Diretoria Geral de Saúde, órgão centralizador das ações de saúde pública, no período que se estende de 1902 a 1904. Frente às cirradas oposições de frações de classe sociais e dos trabalhadores que tentavam disputar o poder com a oligarquia hegemônica, a ação sanitária desenvolvida por essa diretoria assume características de polícia médica, legitimando a ação do Estado e sua intervenção na saúde.

Em 1916, por iniciativa do grupo feminino ligado à Cruz Vermelha, inicia-se um curso de treinamento a socorristas voluntários para responder às necessidades emergentes, geradas pela I Guerra Mundial. Nesse mesmo ano é criada a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, subordinada ao Ministério da Guerra.

No que diz respeito às ações individuais de saúde, predominava a medicina liberal exercida por médicos de família e dirigida aos extratos sociais de maior poder aquisitivo. O restante da população contava com o atendimento dos hospitais filantrópicos, especificamente das Santas Casas de Misericórdia originadas no período colonial e dos praticantes da medicina popular. Para os trabalhadores ligados aos serviços que serviam de escoamento do café, portuários e ferroviários, iniciava-se um sistema de atendimento por meio das caixas beneficentes, organizadas pelas empresas e pelos empregados, as quais foram regulamentadas em 1923 pela Lei Eloi Chaves. A atuação do

Estado em nível da assistência médica inicia-se em um momento crítico para a sociedade brasileira em reflexo à crise mundial dos anos 20. (Rossi, 1980:12-13)

Na década de 20, a disputa pelo controle da política federal, apoiada em um modelo econômico que surgiu de rupturas precoces de urbanização e industrialização, atinge seu ponto crítico. O encaminhamento da direção política, as características do desenvolvimento social e o papel que o Estado assume na esfera da saúde é condicionado à emergência de novos grupos sociais, os industriais, uma classe média e um operariado em ascensão.

O crescimento da população, principalmente nas regiões urbanas, faz aumentar a demanda por profissionais de saúde e pela estruturação de novos campos de conhecimentos que reflitam a prática e reproduzam novos conhecimentos típicos da divisão técnica do trabalho (Pires, 1989:128).

Segundo Pires, 1989:127, a ação governamental de combate às endemias e epidemias encontrava-se muito limitada em decorrência dos raros serviços, da escassez de médicos e carência total de qualquer outro profissional de saúde qualificado para desenvolver as medidas preventivas e curativas a indivíduos e coletividades, necessárias à implementação das campanhas sanitárias. Ainda de acordo com a mesma autora, a criação das primeiras escolas de formação de pessoal no campo da saúde concretizou a estratégia médica e governamental de controle sobre as ações de saúde por meio da regulamentação do ensino e da prática de saúde. Com isso, assegurou-se o poder hegemônico do setor no interior do aparelho estatal, servindo aos interesses dos governantes e as iniciativas de intervenção no espaço urbano e familiar para garantir a submissão dos indivíduos ao Estado.

Os médicos, na condição de intelectuais orgânicos da classe dominante, empenharam-se na melhoria do saneamento do meio e no respeito às instituições para possibilitar a convivência social no espaço urbano, conseqüente à emergência do capitalismo.

A partir de 1920, a diretoria do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) passa a ser ocupada por Carlos Chagas que, em visita a serviços de saúde nos Estados Unidos da América, teve a oportunidade de estabelecer contato com a enfermagem profissional daquele país, estabelecida dentro dos padrões nightingaleanos, e de perceber a necessidade desse profissional à estratégia sanitária a que se propunha o governo de então (Pires, 1989:129).

Reforçando a exposição anterior, a enfermagem de orientação nightingaleana obedecia a alguns princípios essenciais: a direção da escola deveria ser assumida por enfermeira diplomada; a formação teórica dar-se-ia no interior da escola que, deveria localizar-se anexa ao hospital no qual as alunas realizariam o treinamento prático, assumindo os cuidados de enfermagem prestados aos internos do mesmo serviço; a seleção das alunas era pautada em critérios não só intelectuais e de aptidão profissional, mas também morais e físicos, correspondentes ao padrão máximo de aceitação social e voltava-se exclusivamente à aceitação de candidatas do sexo feminino. A formação deveria ser realizada em regime de internato para que o espaço de convivência assegurasse a absorção e reprodução dos valores morais da profissão, ou sejam, abnegação, altruísmo, pureza, sacrifício, humildade, disciplina, organização, e integridade (Paixão, 1979:73; Pires, 1989:121; Silva, 1986:53).

Em 1921, Carlos Chagas, em cooperação com a Fundação Rockefeller, trouxe ao Brasil um grupo de enfermeiras norte-americanas para organizarem um serviço de enfermeiras de saúde pública e um curso intensivo de treinamento de visitadoras, com vistas a formar mão-de-obra a ser absorvida por aquele Departamento. Ethel Parsons, líder desse grupo, recebeu a incumbência de identificar a situação da enfermagem no país e de apresentar um plano com a finalidade de organizá-la. Este plano estabelecia padrões para a formação de visitadoras do Departamento Nacional de Saúde Pública e indicava a necessidade de se constituir uma escola para formar enfermeiras diplomadas a fim de assegurar a adequação do treinamento das visitadoras de higiene às necessidades do Departamento. Isto em razão de que o treinamento das visitadoras contratadas naquele mesmo ano pelo DNSP, que fora desenvolvido em caráter emergencial pelos próprios médicos do Departamento, estava sendo considerado insuficiente para atingir os objetivos daquele órgão (Paixão, 1979:115-116).

Silva, 1986:78-79, ao discutir o surgimento da enfermagem profissional no Brasil, realça que esse processo se caracterizou por alguns *paradoxos*, uma vez que a tentativa de solucionar problemas de saúde pública ocorreu mediante a importação de um modelo de ensino de um país cuja realidade sócio-cultural e econômica diferenciava-se substancialmente da nossa. O processo de profissionalização da enfermagem naquele país, Estados Unidos, obedeceu ao propósito primordial de atender à demanda por mão-de-obra de baixo custo gerada por hospitais privados. No Brasil esse movimento foi desencadeado para atender aos interesses do governo. A distinção entre a realidade dos dois países em questão culminou na utilização

de um modelo de formação que exigia 8 horas de dedicação diária das alunas no Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional de Saúde Pública, tendo por referência a prática desenvolvida por enfermeiras hospitalares no contexto norte-americano, totalmente inadequada à realidade brasileira e ao objetivo de formar enfermeiras para atender as demandas de saúde pública.

Em 1922, criou-se o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública na cidade do Rio de Janeiro, com a finalidade de organizar todas as atividades de enfermagem realizadas ou a serem implementadas. Esse serviço inseria-se no mesmo nível hierárquico das inspetorias e hospitais existentes e subordinava-se diretamente ao diretor geral. A característica de um serviço centralizado em nível nacional indica o prestígio atribuído à profissão no momento de sua emergência, pois no panorama internacional não se encontrava situação similar e no contexto nacional nenhuma outra profissão de saúde já estruturada usufruía de tal organização. Este fato pode ser compreendido à luz do contexto histórico em que se organiza a profissão. A prática de enfermagem de saúde pública atenderia as necessidades de implantação e expansão do capitalismo sem representar ameaça à prática médica em decorrência das características ideológicas de submissão e servilismo da profissão aos interesses do Estado (Pires, 1989:130).

Assim, um ano mais tarde, mais treze enfermeiras norte-americanas desembarcaram no Brasil. Seis delas dedicaram-se à organização da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, dando início ao primeiro curso de enfermeiras a 19 de fevereiro de 1923, com um contingente de 14 alunas. Os dois primeiros cursos apresentaram duração de 28 meses e

o terceiro de 36 meses ou quatro anos letivos, tempo de formação compatível aos requisitos exigidos por legislação do ensino que vigoraria somente em 1949. No ano de 1926, essa mesma escola passou a denominar-se Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery e o curso ministrado apresentava dois anos e oito meses de duração (Paixão, 1979:123; Pires, 1989:133).

A criação dessa Escola foi um marco histórico na estruturação da enfermagem profissional, tanto pelo fato de ter sido organizada segundo parâmetros próprios, quanto pela influência que exerceu sobre as demais escolas de enfermagem existentes na época.

A Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto e a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha não atendiam aos requisitos exigidos pelo Decreto nº 20.109 de 1931, que estabelecia as condições de equiparação das escolas de enfermagem e regulava o exercício da Enfermagem no Brasil. A partir desse decreto, a Escola de Enfermeiras Anna Nery passa a ser considerada escola oficial padrão, referência a ser seguida pelas demais escolas que aspirassem ao reconhecimento formal. O reconhecimento da Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto e da Escola da Cruz Vermelha como instituições de ensino formal aconteceu muitos anos mais tarde, quando as mesmas passaram a ser dirigidas por enfermeiras diplomadas, egressas da Escola Anna Nery.

A ênfase histórica atribuída à escola Escola Anna Nery em detrimento das que surgiram anteriormente, decorre também, provavelmente, do fato de que aquelas não se adequavam aos padrões exigidos pela linha norte-americana que, por sua vez, obedeciam a princípios da enfermagem nightingaleana já assinalados anteriormente.

Pires, 1989:107-118, destaca ainda que, anteriormente ao início da enfermagem moderna no Brasil, período que precede a regulamentação do ensino de enfermagem, os cuidados de enfermagem eram realizados por três grupos de pessoas: as religiosas, as voluntárias leigas ou as parteiras, curandeiras e práticas.

O trabalho das religiosas, de caráter caritativo, representou uma vertente hegemônica na ideologia e no trabalho da enfermagem em países de tradição cristã. Os cuidados eram realizados principalmente nas Santas Casas de Misericórdia e dirigidos ao corpo e à salvação da alma dos desvalidos e necessitados de auxílio, bem como à expiação dos pecados e auto-penitência de quem os executava (Pires, 1989:115-116).

Entre as voluntárias brasileiras, destacam-se os nomes de Francisca Sande e Anna Justina Ferreira Nery no século XVII. A primeira, por ter dedicado sua viuvez aos doentes acometidos pelas freqüentes epidemias que ocorreram na Bahia. Anna Nery foi imortalizada com o reconhecimento do governo Imperial por seus inestimáveis préstimos, durante a Guerra do Paraguai, motivados por seu espírito cristão e sentimento cívico (Paixão, 1979:105-110).

Já as parteiras que executavam um trabalho de características empíricas, após a organização, em 1832, dos primeiros cursos preparatórios anexos aos Cursos de Medicina, passaram a exercer sua atividade em espaço institucional hospitalar sob o controle médico.

A primeira reformulação do currículo de enfermagem que aconteceu no ano de 1949 (Brasil, 1974:161-172) não trouxe mudanças substanciais em

relação ao Programa de Instrução contido no Decreto de 1923, muito embora a absorção da mão-de-obra já indicasse uma tendência de crescimento do campo hospitalar em comparação à saúde pública (Germano, 1983:37). A Lei 775/49 instituiu e o Decreto nº 27.426/49 estabeleceu o regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem, discriminando o tempo de duração (36 meses para o curso de enfermagem e 18 meses para o de auxiliar de enfermagem), a estrutura curricular e os requisitos para a matrícula em ambos os cursos. Além disso, tal Decreto também regulamentou os cursos de especialização para enfermeiras diplomadas (Brasil, 1974:154-172).

Sob a justificativa da existência de lacuna entre os cuidados de *enfermagem elementares, desenvolvidos pelo auxiliar, e o ensino formal*, supervisão e chefias de serviço, atribuições da enfermeira, criou-se o curso colegial técnico de enfermagem, via Parecer nº 171/66 (Brasil, 1974:393-394), amparado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 4.024/61 (BRASIL, 1974:227-236).

O Parecer nº 271/62 do Conselho Federal de Educação (Brasil, 1974:250-253) introduz algumas mudanças significativas no currículo mínimo de enfermagem. Dentre elas, a disciplina de saúde pública deixa de ser obrigatória e passa a ser considerada enquanto modalidade de especialização aos alunos que pretendessem prosseguir estudos após a graduação. Tal alteração pode ser compreendida à luz do modelo econômico excludente e concentrador de rendas que passa a vigorar no país e que, no campo da formação profissional, se reflete por meio da ênfase no ensino por especialidades médicas voltadas às ações de caráter curativo

(Germano,1983:39). A partir desse momento, a enfermagem passa definitivamente para a categoria de ensino superior.

O currículo mínimo de enfermagem mantém-se o mesmo até que no ano de 1972, em decorrência da Reforma Universitária instituída pela Lei 5.540/68 (Brasil, 1974:471-482), passa a ser expressa no Parecer nº 163/72 e regulamentada pela Resolução nº 4/72 (Brasil, 1974:721-724). Esse currículo mantém a compartimentalização do processo de formação, além de privilegiar a assistência individual hospitalar dentro de um enfoque biomédico, em detrimento de uma formação básica adequada tanto às transformações em curso na área de saúde quanto às demandas de saúde geradas pelas características demográficas e epidemiológicas da população. Essa legislação abriu possibilidades de o graduado, após a conclusão do tronco profissional comum, com duração mínima de três anos, habilitar-se em uma das três áreas de enfermagem - Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica ou Obstetrícia e Saúde Pública - as quais implicariam um acréscimo de um ano à formação geral de Enfermeiro ou, ainda, realizar a licenciatura em enfermagem.

Também na década de 70 ocorre, de maneira muito marcante, o processo de “medicalização” da saúde e a “tecnificação” do ato médico, com sua crescente especialização, em decorrência do desenvolvimento científico e tecnológico da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares que, aliado à política de saúde vigente, favoreceu a plena expansão dos interesses capitalistas nesse setor. O crescimento acentuado da produção de atos médicos foi acompanhado pela multiplicação das atividades de cunho burocrático nos serviços de saúde e implicou maior sobrecarga de tarefas administrativas para a enfermeira que já vinha se dedicando, de modo

redominante, a cargos de direção e controle social do pessoal auxiliar (Almeida & Rocha, 1986:67; Silva, 1986: 82-83). Em meio a esse contexto, urge legalmente, e sob a denominação de atendente de enfermagem, o gente que recebe algum tipo de treinamento em serviço nas próprias instituições de saúde onde executa tarefas elementares de enfermagem sob supervisão da enfermeira. Trata-se, assim, de uma categoria que não recebe formação pelo sistema de ensino oficial.

Entre os anos de 1986 e 1991, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), nível Nacional, em conjunto com a Comissão de Especialistas em Enfermagem da Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (CEENF-SESU/MEC) e escolas de enfermagem de todo o país, iniciam um amplo processo de discussão sobre a formação do enfermeiro, organizando seminários e oficinas de trabalho e instalando diversos comitês. A finalização de tal processo resultou em um documento que sintetiza o posicionamento das diversas instituições envolvidas, no que diz respeito a novos parâmetros e diretrizes orientadoras da formação do enfermeiro e ainda contempla uma proposta de um Novo Currículo Mínimo do Curso Superior de Enfermagem (ABEn, 1991).

Por ocasião da proposição desse novo currículo, a ABEn acreditava vir o mesmo ao encontro das *necessidades e premências do processo de formação do profissional enfermeiro do qual a sociedade está exigindo: maior aproximação com a produção e domínio de tecnologias apropriadas; sistematização do conhecimento que lhe é específico; capacidade para articular o seu pensar/fazer com o saber de outras áreas que conformam a produção em saúde; competência técnica, científica e política para participar,*

efetivamente, da consecução do direito universal à saúde, dentro dos princípios de resolutividade, equidade e integralidade; a capacidade para definir seu pensar/fazer a partir da compreensão do perfil epidemiológico da população, inserindo-se adequada e dinamicamente na produção da assistência à saúde, de novas tecnologias e conhecimento (ABEn, 1991:6). A consideração desses princípios, muito distintos daqueles que influenciaram os movimentos de reformulação do ensino de enfermagem anteriores, marcou uma posição e norteou a elaboração de um novo currículo que representa um marco na história do ensino brasileiro de enfermagem.

Em 06 de abril de 1994, foi aprovado pelo Plenário do CFE o Parecer nº 314 que expressa a proposição do novo Currículo Mínimo para o Curso de Enfermagem e regulamentado pela Portaria nº 1.721 do Ministério de Educação e Desporto, em 15 de dezembro de 1994¹. Nesse processo de formalização e regulamentação, realizaram-se algumas modificações de modo que o Currículo aprovado não corresponde fielmente àquele inicialmente proposto de defendido.

2.2. A PRÁTICA E IDEOLOGIA DE ENFERMAGEM

A consolidação do modo de produção capitalista reproduz-se na saúde, a exemplo de outros setores da sociedade, via parcelamento progressivo das atividades desenvolvidas nesta área pelo surgimento de diversas profissões e suas especializações. A institucionalização do ensino e da prática de enfermagem que ocorre no Brasil, no período de expansão do

¹ Diário Oficial da União de 16.12.94, nº 238, Seção 1, página 19.801.

capitalismo, configura o processo de trabalho da enfermagem nos moldes da divisão parcelar do trabalho. O enfermeiro é formado para administrar a assistência, para o ensino e produção de conhecimentos de enfermagem, enquanto os auxiliares, técnicos e atendentes respondem pelo cuidado direto ao paciente, por meio de atividades específicas que lhes são delegadas e supervisionadas pela enfermeira (Pires, 1989:140).

Dados nacionais divulgados pelo Conselho Federal de Enfermagem² indicam que, dentre os 394.285 profissionais cadastrados até 31 de janeiro de 1994, 14,8% correspondiam a enfermeiros, 11,8% a técnicos, 45,3% a auxiliares e 27,9% a atendentes de enfermagem.

No Estado de São Paulo, de acordo com estimativas divulgadas por Moura et alii., 1996:18, o pessoal de enfermagem é composto por 108.029 profissionais, correspondendo a uma distribuição aproximada de 11% de enfermeiros, 4% de técnicos, 47% de auxiliares e 38% de atendentes de enfermagem. Registros do conjunto de profissionais de enfermagem inscritos junto ao Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo³, em março de 1997, indicam que 10,6% correspondem a enfermeiros, 5,6% a técnicos, 46,4% a auxiliares e 37,3% a atendentes de enfermagem.

Mesmo apresentando algumas divergências entre si, esses dados possibilitam a visualização da heterogeneidade de qualificação e expressão numérica diferenciada dos agentes envolvidos no trabalho genericamente denominado de enfermagem. Permitem, também, destacar a posição

² Dados extraídos do Boletim Informativo do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), ano 17, nº 5, março de 1994.

³ Dados extraídos de publicação periódica oficial do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Ano 20, nº 9, março/abril de 1997, p.4.

particular que os enfermeiros ocupam no trabalho de enfermagem, haja vista que a eles cabem legalmente a liderança e chefia das demais categorias que a compõem.

Como ressaltam Almeida & Rocha, 1986:72, os agentes da enfermagem no Brasil vendem sua força-de-trabalho ao Estado ou empresário hospitalar. Embora a enfermeira também seja assalariada, assume a posição de gerente da assistência de enfermagem e, mais freqüentemente, de gerente da organização institucional, uma vez que em geral desempenha adequadamente a função de zelar pelo fiel cumprimento de normas e regras institucionais. Isto porque a instituição necessita de um agente que domine a essência do trabalho de enfermagem (o saber de enfermagem), não para executar propriamente o cuidado de enfermagem mas para poder controlar o trabalho realizado por outros agentes menos onerosos, os atendentes, os auxiliares e os técnicos. Para tanto, a enfermeira, zelosa cumpridora de normas e regras institucionais, presta-se adequadamente a essa função.

A formalização da divisão do processo de trabalho na enfermagem inicia-se com a institucionalização do curso de auxiliar, prossegue com a criação do curso técnico, e ocorre paralelamente ao próprio processo de formação e de intelectualização da enfermeira. Este pode ser explicado tanto pelo crescimento da carga horária de ensino teórico, e conseqüente redução da carga horária de ensino prático observado nos currículos de enfermagem de 1923 a 1972, quanto pela instalação dos cursos de pós-graduação em enfermagem que surgem na década de 70, em conseqüência da Reforma Universitária (Almeida & Rocha, 1986:83-84).

Os mesmos autores identificam que a crise da enfermagem brasileira caracteriza-se pelo afastamento da enfermeira em relação ao seu objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem. Nesse sentido, a enfermeira assumiu a gerência do processo de trabalho e, principalmente, os atendentes, trabalhadores parcelares, foram alienados desse processo. A enfermeira utiliza-se de seu saber, como instrumento ideológico de poder, a fim de assegurar o controle sobre o pessoal auxiliar. Prosseguindo na mesma análise, os autores citados indicam que o ensino formal de enfermagem, ao conceder legitimidade a esse saber e possibilitar a sua reprodução, perpetua a divisão social e técnica do trabalho de enfermagem e contribui para a crise de identidade dos diversos agentes de enfermagem (Almeida & Rocha, 1986:120-121).

O estudo da ideologia de enfermagem no contexto brasileiro, embora escassamente explorado, conta com a significativa contribuição de autoras como Germano, 1983; Almeida & Rocha, 1986; Silva, 1986 e Pires, 1989, que, ao se dedicarem a pesquisas com diferentes finalidades, porém utilizando o mesmo referencial teórico, propiciaram reflexões críticas nesse campo pela identificação do discurso hegemônico da enfermagem, a partir da análise de diversos materiais empíricos, tais como: artigos de periódicos científicos, dissertações e teses, discursos oficiais de órgão de classe, textos didáticos, anais de congressos, registros e documentos históricos. A natureza dos materiais analisados em tais estudos conferiu, certamente, uma relativa especificidade ao discurso de enfermagem identificado pois corresponde a uma parcela restrita de agentes da profissão

que participam e têm acesso a esses canais de expressão, ou seja, os intelectuais de enfermagem, enfermeiros.

Como já se discutiu anteriormente, o surgimento da enfermagem profissional no Brasil vinculou-se à necessidade de melhoria das condições sanitárias para a estruturação do capitalismo em nossa sociedade, intimamente relacionado à expansão do capitalismo internacional. Assim, a enfermagem, bem como a medicina, articulam-se organicamente aos interesses da classe detentora do poder econômico e político, incorporando em seu discurso os valores e a ideologia da classe dominante. Além de servir a esses propósitos, a instituição da enfermagem profissional acaba por inserir a mão-de-obra feminina no mercado de trabalho, *explorando ideologicamente os sentimentos cívicos de servir a pátria; o espírito de religiosidade, de caridade e altruísmo cristãos* sem, contudo, constituir ameaça à hegemonia médica. (Pires, 1989:134)

Para Silva, 1986:115-116, no discurso de enfermagem, os indivíduos sadios ou doentes, são representados como *unidades biopsicossociais indiferenciados*, a sociedade é entendida como *um todo harmônico* e à enfermagem, dedicada e altruísta, caberia a *responsabilidade de melhorar o bem estar da coletividade*, de buscar a *plenitude da vida e da saúde e de cuidar do ambiente social e espiritual do paciente*.

Nesse mesmo sentido, exemplificando a influência da corrente funcionalista de interpretação do social e da sociedade no discurso de enfermagem, Germano, 1983:91-95, assinala que o termo social se apresenta com sentido duplo, como expressão de uma sociedade abstrata e vazia ou sinônimo de relações interpessoais da enfermeira com os pacientes e colegas

de trabalho. A hierarquização social é explicada pela divisão do trabalho e estratificação da sociedade. A enfermagem é entendida ainda como profissão social porque seu objetivo principal consiste em servir à humanidade, segundo as necessidades do indivíduo e da sociedade. Na mesma perspectiva, o Estado é visto como o guardião do bem comum ao qual a enfermagem apóia, legitimando suas iniciativas e seus projetos.

A mesma autora, em estudo mais recente, conclui ser ainda preponderante na enfermagem atual uma *ética alienada*, que impõe ao profissional o sacrifício individual, a obediência e submissão absoluta às diversas formas de coerção externas no cumprimento do dever, no respeito à hierarquia social e à ordem estabelecida. Esse sentimento contribui para a manutenção de uma postura não crítica, *de adesão irrestrita e de franca colaboração com as políticas (...) postas em prática pelos diferentes governos, em um país cujas elites (...) se apropriam do Estado com o objetivo de repartir um butim entre si e os seus leais, inteiramente alheias ao sofrimento do povo (...)* (Germano, 1993:129-131).

2.3. A FUNÇÃO DA ESCOLA

Muito longe da pretensão de discutir com profundidade e exaustão o papel da escola, pretende-se, em um rápido percurso, apresentar as concepções teóricas de autores com o intuito de favorecer a adesão deste estudo a uma determinada perspectiva de compreensão e explicação da função da escola.

A escola, assim como qualquer instituição social, não pode ser pensada como entidade autônoma e independente da realidade histórico-social da qual toma parte; ao contrário, ela é parte integrante e indissociável do conjunto de fenômenos que compõem a totalidade social. Esta afirmação abre a possibilidade de discussão da função da escola em pelo menos duas direções: de um lado, ela cumpre a função de reprodução social e, de outro, como produto das relações sociais está sujeita em seu próprio interior às contradições da sociedade capitalista, ao jogo de interesses sociais diferentes, divergentes ou antagônicos (Franco, 1987:54-56).

A análise da educação realizada por Freitag, 1984:15-43, revela o crescente *status* que a educação adquiriu na explicação da dinâmica da produção e reprodução das relações sociais na sociedade capitalista. A mesma autora, fazendo uma revisão das posições teóricas mais difundidas no campo da educação, constata que, no tocante à concepção de educação e sua posição no contexto social, existe a concordância de diversos autores quanto ao fato de a educação vincular uma doutrina pedagógica que, tácita ou implicitamente, se orienta por uma determinada filosofia de vida, concepções de homem e sociedade e de que essa doutrina pedagógica concretiza-se em uma determinada realidade social pela ação de instituições específicas, família, escola, igreja, etc.

Na mesma obra, Freitag, 1984:15-23, destaca, na corrente funcionalista, os pensamentos de Durkheim e Parsons. Segundo a visão desses autores, a educação representa um elemento fundamental para a sociedade enquadrar o homem, entendido como ser egoísta por natureza, ajustá-lo ao convívio social. A educação é promovida fundamentalmente pela

família e secundariamente pela escola, e tem por função principal promover a reprodução cultural mediante a assimilação, “internalização” e reprodução das normas, valores e experiências de uma certa sociedade. Ambos consideram que o funcionamento da sociedade e de seus sub-sistemas são regidos por princípios gerais de harmonia, equilíbrio, ordem e conservação aos quais os indivíduos se submetem por interesse próprio. Já Dewey e Mannheim indicaram as possibilidades de a educação favorecer a cultura democrática numa sociedade moderna, mediante a promoção de vivências democráticas que possibilitariam a ação inovadora dos indivíduos, rompendo com todo e qualquer tipo de cultura retrógrada. Essa teoria traz implícita a concepção de indivíduos com chances iguais, vivendo numa sociedade livre e também igualitária, na qual os privilégios individuais são dados a partir de qualidades naturais distintas e conquistadas socialmente por um processo democrático. Dewey parte do pressuposto de que as imperfeições e os conflitos da sociedade devem ser corrigidos pela educação e Mannheim considera que tal tarefa é atribuição da ciência.

Para Bordieu e Passeron, que constroem uma teoria a partir da análise crítica da sociedade capitalista, o sistema educacional cumpre duas funções: a reprodução da cultura, que se manifesta no campo do simbólico ou ideológico, e a reprodução da estrutura de classes, que se expressa na própria realidade social. Esses autores partem da consideração histórica de homem e de sociedade que se caracteriza por sua estrutura de classes, como consequência da divisão social do trabalho que se dá pela apropriação desigual dos meios de produção. O sistema educacional impõe determinados sistemas de pensamento diferenciais que provocam no educando o

desenvolvimento de formas de ação também diferenciais, de acordo com um determinado código de normas e valores que o identifica a um grupo ou classe social específica. Dessa maneira, a escola assegura a exclusão de uma parcela considerável de alunos e a permanência de outros que são cooptados para reproduzirem a ideologia da classe dominante. Althusser, Poulantzas e Establet, analisando e criticando amplamente a sociedade capitalista, enquanto totalidade que inclui as instâncias política, econômica e social, tentam atingir a essência da função da escola ou sistema escolar. Para eles, a escola, bem como a igreja, a família, os meios de comunicação de massa e outras instituições, colaboram com a divisão social e com a reprodução ampliada do capital. Ao mesmo tempo em que promove a qualificação dos indivíduos para o trabalho, também os submete a aceitarem tanto sua condição de classe quanto o esquema de dominação sustentado pelas classes que detêm o poder. No entanto, é Gramsci que desenvolve a noção de que a escola e outras instituições da sociedade têm a função dialética de conservação e de transformação das estruturas capitalistas. Neste sentido, à escola cabe um importante papel na difusão da ideologia e na construção de um senso comum unificador, entendido como indispensável ao projeto de construção e disseminação de contra-ideologias. É assim que Freitag, 1984:37-43, vislumbra a possibilidade de conceituação *de uma pedagogia do oprimido e uma educação emancipatória e institucionalizada*.

Sem negar a importância preponderante da escola como aparelho de difusão da ideologia dominante e de reprodução da estrutura social, compartilha-se do pensamento de Saviani, 1983:39-40, que considera que o homem, ao nascer determinado por certo contexto, extrai os meios de sua

sobrevivência, valorizando os elementos do domínio da natureza e do domínio da cultura, os quais passam a ter significado. Valorizar é não se colocar indiferente aos elementos que o cercam. Se o homem não se posiciona indiferente às coisas, significa que ele não é um ser passivo, reage frente à situação, promove intervenções pessoais de aceitação, rejeição ou transformação.

Nesse sentido, considera-se que o homem não seja absolutamente determinado pela estrutura e pelo contexto, acredita-se que ele possa usufruir de um certo grau de autonomia. Ou seja, o homem está “sujeito a”, mas pode também ser “sujeito de “. Assim, a despeito de a escola cumprir a função de promover a submissão do homem à ideologia dominante, entende-se que esse processo não ocorre de forma absoluta e muito menos passivamente sofrido pelo homem. Julga-se haver uma possibilidade de promover-se um ensino comprometido com projetos de transformação social no espaço próprio da escola, pelo desenvolvimento de uma ação pedagógica identificada com esses projetos.

O conceito de autonomia aqui utilizado reporta-se à concepção explicitada por de Gorz, 1976:249-250, quando reconhece que a subordinação e integração das ciências e das técnicas no processo de produção, as quais levam em si próprias, enquanto forças produtivas, o estigma das relações capitalistas de produção, não ocorrem de maneira plena. Há, segundo sua concepção, uma parte de autonomia que é irreduzível porque é própria ao trabalhador, uma *práxis* que lhe é soberana. Referindo-se especificamente aos trabalhadores da ciência, o mesmo autor indica não ser possível impedi-los de colocarem-se a si mesmos ou depararem-se com questões diferentes

daquelas que lhes são apresentadas, e mesmo de encontrarem soluções possíveis a problemas que não lhes sejam postos pela burguesia. Ao oferecerem soluções a problemas que lhes são postos, também encontram possibilidades de apresentá-las de diferente forma ou encaminhá-las de outra maneira, mesmo que essas se lhes apresentem como possibilidades recusadas.

III. O PROCESSO DE PESQUISA

3.1. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Na base da proposição deste estudo, tomou-se alguns pressupostos cujas implicações se estendem do processo de delimitação e apreensão do objeto ao delineamento geral da pesquisa realizada.

Ressalta-se que a descrição da trajetória pessoal e profissional da autora (já descrita em momento inicial deste estudo) pretendeu retratar um comportamento dirigido ao interesse de desenvolver, no espaço de autonomia do professor, uma prática intencionada a contribuir na formação de profissionais críticos, minimamente conscientes de seu papel como atores sociais comprometidos com a saúde da população e, em última instância, com a construção de uma sociedade mais igualitária e mais justa. No cerne de tal comportamento residia uma crença, produto de experiências pessoais concretas e de reflexões teóricas, de que o homem poderia realizar seu potencial de ser histórico. Esta crença pessoal alimentou a utopia, como algo possível de se realizar, de que participando no processo de profissionalização do enfermeiro, poderia contribuir na formação desse ser histórico e, desse modo, interferir na realidade por uma via coletiva, pela ampliação de uma base de aliados críticos que, por sua vez, participariam de outros processos de formação profissional com a multiplicação do pensamento e ação crítica no contexto da enfermagem.

É impossível negar que essa concepção pessoal tenha se refletido na visão de mundo da autora bem como em sua relação com a realidade, no trabalho de lhe dar significado e dela selecionar relevâncias e indagações.

Entende-se, dessa forma, que todo objeto científico não se encontra naturalmente dado na realidade, ele constitui-se como tal porque passa, necessariamente, pela formulação prévia de um sujeito. Sua significação, sua delimitação enquanto objeto de pesquisa, já é produto de uma ação intencional do sujeito de conhecimento que tem o olhar dirigido por determinadas hipóteses ou pressuposições (Demo 1995:27-32).

Conforme citações contidas no corpo deste trabalho, a análise da formação, prática e ideologia de enfermagem tem se constituído linha de produção científica de diversas autoras nacionais ao longo dos últimos 12 anos. Entre essas, destacam-se Raimunda Germano, Maria Cecília Puntel de Almeida, Graciette Borges da Silva, Denise Pires, para citar apenas alguns exemplos, responsáveis por obras que têm oferecido contribuições críticas de grande significado no âmbito dessa temática e sido classicamente referenciadas na produção científica de enfermagem, a partir de então. Essas autoras desenvolveram seus estudos empregando referenciais teóricos que possibilitaram a compreensão do processo de instituição formal do ensino e da constituição da prática de enfermagem numa perspectiva de análise filiada ao materialismo histórico e seu método dialético.

De acordo com as mesmas, a enfermagem profissional no Brasil organiza-se dentro de um projeto orientado segundo os interesses da classe detentora do poder político e econômico e, para tanto, o ensino estrutura-se de acordo com uma concepção articulada a esses interesses, favorecendo a

incorporação e reprodução, por parte dos enfermeiros, de um discurso e de uma prática fortemente subordinados à ideologia dominante.

Parte-se da adesão teórica aos estudos citados e compartilha-se do ponto de vista de que a compreensão da realidade social abrange tanto o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito quanto o movimento de atribuição de significados que os sujeitos sociais constróem na vivência das relações objetivas. A realidade social engloba os dados evidentes e as representações sociais (Minayo, 1992:9-11). Ambas as dimensões apresentam em comum uma base material de produção que reflete tanto as condições objetivas que são dadas externamente ao homem, sem sua opção, quanto as condições subjetivas que, em certo grau, dependem de sua livre escolha. Admite-se, assim, a possibilidade de vislumbrar o homem como ator político com *capacidade histórica de consciência reflexa*, capaz de construir parcialmente a história, mesmo que regulado por condições objetivas (Demo, 1995:94-96).

Focalizando as condições subjetivas, este estudo dedica-se a colocar em relevo concepções/sentidos no discurso que portam determinados atores da enfermagem. Tais concepções são aqui concebidas enquanto matéria significativa que resulta do trabalho simbólico desses sujeitos, atores e autores na história, na relação entre o real e as suas formas de apreensão. Situando-se em um contexto mais restrito de análise, interessa estudar particularmente um subconjunto de enfermeiros em cujas histórias de vida se registra a experiência comum de terem realizado sua formação no mesmo curso de graduação.

Os enfermeiros, sujeitos sociais inseridos no processo de promoção, proteção e recuperação de saúde, compõem uma categoria profissional cuja participação nos serviços de saúde em geral é bastante significativa mais pelo papel que neles desempenha do que por sua expressão numérica. Ou seja, esses profissionais apresentam-se como importante veículo de difusão de concepções e práticas de saúde/doença junto aos usuários dos serviços de saúde e, especialmente, junto ao numeroso contingente de técnicos e auxiliares de enfermagem, que são por eles formados, treinados, dirigidos e orientados.

Em relação à questão saúde-doença, toma-se, de empréstimo, a concepção sociológica de saúde defendida por Minayo, 1992:15, segundo a qual permite revelar suas *dimensões políticas e estruturais* e, ao mesmo tempo, contempla os *aspectos histórico-culturais* de sua realização. Como *questão humana e existencial* afeta, sem distinção, a sociedade como um todo, porém é qualificada de forma específica e particular pelas diferentes classes sociais e seus segmentos em consequência de suas condições concretas de vida e de trabalho. Assim, cada grupo social pensa, sente e age de um modo peculiar em relação à saúde. Ela expressa uma inter-relação complexa de *aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais* do ser humano e também de *atribuição de significados*.

Centrando a atenção aos movimentos de constituição e atribuição de significados dos sujeitos em foco, as concepções são tomadas como campo de expressão no qual os conflitos e concessões, a conservação e as possibilidades de mudanças articulam-se. São tomadas, enfim, como

metáforas singulares para explicar a sociedade porque produzem e revelam concepções de mundo (Minayo, 1992:15; 193-196).

Trata-se de um estudo que se propõe qualitativo, subsidiado por uma pesquisa quantitativa prévia, pela perspectiva de contemplar o trabalho simbólico dos sujeitos sociais enquanto dimensão indissociável dos atos e relações. Adere-se à lógica da exploração numa abordagem que contemple a dimensão não observável, não quantificável de fenômenos sociais sem, com isso, desconsiderar a realidade estruturada.

O processo de aproximação aos sujeitos da pesquisa realizou-se em vários momentos. Inicialmente por meio de um questionário encaminhado à quase totalidade dos sujeitos potenciais da pesquisa. Essa dinâmica de aproximação resultou na possibilidade de conhecer o perfil do conjunto de profissionais que responderam ao questionário e favoreceu a seleção de um subconjunto de sujeitos, mediante a aplicação de critérios de exclusão que se originaram da análise preliminar de determinadas características particulares do conjunto inicial de enfermeiros. Ainda a partir daquele subconjunto, selecionaram-se alguns profissionais que se constituíram, então, os sujeitos do estudo propriamente dito.

Lüdke & André, 1986: 33-39; Haguette, 1995: 86-91; Minayo, 1992:107-109, consideram a entrevista como um processo de interação social entre duas pessoas - entrevistador e entrevistado - que se realiza por iniciativa do primeiro e possibilita a captação imediata e corrente de informações objetivas e subjetivas do entrevistado, tendo em vista um determinado objeto de pesquisa. Na perspectiva teórica aqui adotada, a entrevista foi escolhida

enquanto técnica privilegiada para a obtenção de material discursivo junto aos sujeitos pesquisados.

Ao realizar-se numa situação de interação pesquisador-pesquisado, a entrevista implica no reconhecimento de que o produto da mesma afeta-se pelas condições de sua produção . De partida, não se trata de um momento de encontro fortuito ou ocasional e sim intencionalmente provocado pelo pesquisador e mediado por um projeto que lhe é próprio, com finalidades específicas. Então, assume-se que qualquer situação de entrevista pressupõe uma assimetria de poder entre as duas partes que se colocam em relação. Também representa um momento de encontro e interação de objetividades e subjetividades, uma vez que tanto o pesquisador quanto o pesquisado constituem-se sujeitos com inserções sociais concretas e visões de mundo delas decorrentes.

Assim, entende-se que ao contrário de tomar essas implicações como comprometimentos da objetividade no processo de pesquisa de campo, há que compreendê-las e assumi-las como condição de aprofundamento e consequência da relação interativa (Minayo,1992:113-125).

Em relação às condições de produção específicas das situações de entrevista particular a este estudo, ressalta-se que foram conduzidas pela própria autora mediante a utilização de um roteiro de questões temáticas consideradas pertinentes aos objetivos da pesquisa. Utilizou-se tal roteiro (Anexo 3) de modo flexível em consideração às particularidades de cada momento de interação. As entrevistas desenvolveram-se em circunstâncias indicadas pelos entrevistados e foram registradas por equipamento de áudio-

gravação e, posteriormente, transformadas em textos mediante a transcrição dos registros obtidos.

O texto é aqui entendido como unidade de análise que permite acesso ao discurso, é um material bruto - *som, letra, espaço, direção dimensionada e tamanho* - e espaço de significação, *lugar de jogo de sentidos, de trabalho da linguagem, de funcionamento da discursividade* (Orlandi, 1996:57-61).

No trabalho de compreensão do material discursivo obtido, empregou-se o dispositivo teórico e analítico desenvolvido pela Análise de Discurso (AD), situada na perspectiva teórica da escola francesa de análise de discurso que, segundo Maingueneau, 1991:9, surge na década de 60 como uma tentativa de recobrir insuficiências da “análise de conteúdo”⁴, utilizada nas ciências humanas, particularmente nos Estados Unidos.

A chamada escola “francesa de análise de discurso” filia-se a uma certa tradição intelectual européia, particularmente francesa, que associa a reflexão sobre os textos e história e se dá no encontro de uma conjuntura intelectual e uma prática escolar, que se apresenta de modo generalizado no sistema de ensino francês e voltada à explicação de textos (Maingueneau, 1989:17).

A conjuntura intelectual francesa dos anos 60 possibilitou a reflexão sobre a escritura, a lingüística, o marxismo e a psicanálise a partir da releitura de Marx feita por Althusser, da reformulação da psicanálise por Jacques Lacan

⁴ As aspas são do próprio autor, que, a título de referência, indica algumas obras, tais como: Bardin, L. *l'Analyse de contenu*. Paris, PUF, 1977; Berelson, B. Content analysis. in *Communication research*. Glencoe, The Free Press, 1952; Robin, R. Pour une critique de

e de certos aspectos do grande movimento denominado de estruturalismo. Nesse contexto, situa-se a figura de Michel Pêcheux com a proposição de um instrumento científico para as ciências sociais que pretendia expor o olhar-leitor à opacidade do texto, contrariamente à pretensão de instituir a Análise de Discurso como uma interpretação que dominasse “o” sentido do texto (Henry, 1990:14).

O quadro epistemológico da AD (Pêcheux & Fuchs, 1990:163-164) reside na articulação de três regiões do conhecimento, a saber:

1. o materialismo histórico, como teoria das formações sociais e de suas transformações, aí compreendida a teoria das ideologias;

2. a lingüística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação;

3. a teoria do discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos.

Essas três regiões são atravessadas e articuladas ainda por uma teoria da subjetividade, de natureza psicanalítica.

O campo de reflexão da AD situa-se nas condições de produção do discurso e de apreensão da significação de textos, visando, fundamentalmente, a compreender o modo de funcionamento, os princípios organizadores e formas de produção social do sentido.

Nessa perspectiva, a linguagem é entendida como trabalho simbólico que o homem estabelece com sua realidade natural e social, e concebida como lugar do debate e do conflito (Orlandi, 1988:17).

A relação do homem com o pensamento, com a linguagem e com o mundo é mediada, assim como é a relação entre linguagem/pensamento e linguagem/mundo. A noção de discurso, definido como *efeito de sentidos entre locutores*, emerge da necessidade de pensar e compreender essas relações mediadas e apresenta-se como uma das instâncias materiais dessa relação. A noção de imaginário ganha especificidade na AD, pois é nessa dimensão que reside a capacidade de um discurso fazer parecer direta a relação entre mundo e linguagem e entre palavra e coisa (Orlandi, 1996:11-12;32).

A AD procura determinar os processos histórico-sociais em jogo na constituição da linguagem, a partir de duas noções fundamentais: a noção de sistema lingüístico, como conjunto de estruturas fonológicas, morfológicas e sintáticas, dotado de relativa autonomia, e a noção de processo discursivo-ideológico que se desenvolve sobre a base de leis que regem o sistema lingüístico. O processo discursivo-ideológico é um conceito elaborado a partir da noção de sistema de formação, desenvolvida por Foucault, que Pêcheux inscreveu em uma relação com a ideologia de classes, partindo do entendimento de que se a língua tem relativa autonomia em relação ao discurso e à luta de classes, essas a utilizam segundo seus interesses antagônicos (Brandão, 1991:34).

Ao preconizar um quadro teórico que conjuga o campo lingüístico ao sócio-histórico, os conceitos de ideologia e discurso são nucleares para a AD. As vertentes que influenciaram a corrente francesa de AD são os conceitos de

ideologia de Althusser, a partir de seu trabalho sobre Aparelhos Ideológicos de Estado que, por sua vez, possibilitaram a conceituação de “formação ideológica”, e de discurso, originárias das idéias descritas por Foucault em Arqueologia do Saber, que forneceram o fundamento conceitual de “formação discursiva” (Brandão, 1991:18).

Desse modo, a AD entende que o processo de constituição de qualquer seqüência verbal é determinado por suas condições de produção, ou seja, pelos interlocutores, pelo contexto histórico, social, ideológico e pela formação discursiva na qual é produzida. Formação discursiva para Pêcheux, 1988:160, é o que, numa dada formação ideológica (numa dada posição, em uma dada conjuntura, determinada pela luta de classes), determina o que pode e o que deve ser dito. As palavras mudam de sentido em referência às posições sociais dos sujeitos que as empregam.

A ideologia afeta o sujeito, criando uma realidade ilusória por meio de dois tipos de *esquecimento* (Pêcheux, 1988:159-180):

- pelo esquecimento nº 1, o sujeito se coloca como origem exclusiva de seu discurso, apagando inconscientemente qualquer indício que remeta seu discurso ao exterior de sua formação discursiva e passa a crer na ilusão de que é criador absoluto do seu discurso, quando, na realidade, retoma sentidos pré-existentes;

- pelo esquecimento nº 2, que se refere a um nível pré-consciente ou consciente, o sujeito falante seleciona formas e seqüências no interior da formação discursiva que o domina e oculta outras possíveis. Essa operação

produz no sujeito a ilusão de que seu discurso reflete o conhecimento objetivo da realidade.

Por meio dessas noções, Pêcheux considera que, no processo de significação, a língua vincula materialmente o inconsciente - *lalangue* - e a ideologia - *interdiscurso* (Orlandi, 1996:63).

A AD posiciona-se, então, contrariamente à ilusão de sujeitos centrados, sujeito como fonte ou origem do sentido, reconhecendo o desdobramento de papéis ou diferentes posições ocupadas pelo sujeito em um texto. Em relação a isso, Orlandi, 1988:57-58, entende o discurso como o lugar da dispersão de textos, pela possibilidade de um discurso veicular sentidos de várias formações discursivas, e, o texto, como o lugar de dispersão do sujeito em função da perda da centralidade de um sujeito unívoco, uma vez que o mesmo pode ocupar várias posições de enunciação.

Para Pêcheux, 1990: 43-57, a linguagem é estrutura e acontecimento. Do ponto de vista discursivo, o sentido é **relação a** e se constrói na relação entre estrutura e acontecimento, na tensão entre descrição e interpretação, entre paráfrase e polissemia, o mesmo e o diferente.

Cada fato novo reclama sentidos e o dizer só faz sentido por sua inscrição no domínio da memória discursiva, do interdiscurso, ideologia (Orlandi, 1996: 33,61,68) . Assim, todo dizer remete-se a uma ordem do possível de ser dito na *rede de filiações (históricas) de sentidos* (Orlandi, 1996:61;68), e, ao mesmo tempo, é deslocamento porque todo enunciado é linguisticamente passível de ser descrito como *uma série léxico-sintaticamente determinada de pontos de deriva possíveis* (Pêcheux, 1990:53). A *dimensão*

histórica do sujeito, seu acontecimento simbólico (Orlandi, 1996:57) se realiza nos pontos de deriva, pelas metáforas, deslizos de sentidos, lapsos, equívocos, uma palavra pela outra, ou seja, o gesto (ato no nível do simbólico) de leitura/interpretação do sujeito (Orlandi, 1996:84).

Para Orlandi, 1996:64-65, o sujeito atribui sentido frente a qualquer objeto simbólico construindo sítios de significação que possibilitam gestos de interpretação. A ideologia inscreve-se na interpretação por um efeito de objetividade, por um processo de produção de um imaginário que estabiliza uma interpretação particular como “a” interpretação necessária de sentidos fixos das palavras. Não se trata, portanto, de desvelar a ideologia procurando os verdadeiros sentidos que as palavras encerram mas de compreender o mecanismo de produção do sentido.

O trabalho do analista de discurso, que ocorre sob o apoio de um dispositivo teórico, consiste em explicar como o texto produz sentidos e compreender os gestos interpretação (do sujeito comum) contidos no discurso, seu objeto de análise, expondo os efeitos de evidência (Orlandi, 1996:84-88).

3.2. OBJETIVOS

Este estudo teve por objetivos:

- Conhecer o perfil profissional de enfermeiros formados no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, no período de 1981 a 1993.
- Analisar e compreender o discurso de enfermeiros selecionados da população inicialmente estudada, a partir dos seguintes eixos temáticos:
 - processo de escolha do Curso de Enfermagem e realização profissional;
 - concepção de saúde-doença implicados no próprio cuidado com a saúde, bem como em relação à assistência que realizam junto ao cliente ou paciente;
 - relação entre saúde e trabalho a partir da apreensão do modo pelo qual os sujeitos identificam e encaminham os conflitos em seu cotidiano de trabalho;
 - relação entre formação recebida e a prática que desenvolvem.

3.3. DESCRIÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada junto aos enfermeiros formados no período de 1981 a 1993 no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), SP, instituição à qual se vincula como docente a autora deste estudo.

Como fonte inicial de dados relativos a esses profissionais, utilizou-se uma listagem oficial fornecida pela Diretoria Acadêmica da Universidade Estadual de Campinas que continha uma identificação pessoal sumária do graduado, incluindo seu número de registro acadêmico, nome, data de nascimento, nacionalidade, número da cédula de identidade, sexo, filiação, endereço pessoal, endereço familiar, além de outros dados específicos da situação acadêmica do mesmo, tais como: código de identificação do curso de graduação, semestre e ano de ingresso junto à universidade, suspensões de matrícula, etc.

A Universidade não dispunha de um serviço de atualização desse banco de dados. Assim, as informações contidas em tal listagem correspondiam àquelas relativas ao momento de ingresso do aluno ou, no máximo, ao momento de conclusão do curso. Foi necessário, então, um trabalho de atualização de endereços de cada um dos 234 enfermeiros que se graduaram no período eleito para estudo. O estabelecimento dos limites para o período assinalado deu-se pela consideração de dois fatos: em 1981 ocorreu a conclusão da primeira turma de Graduação em Enfermagem naquela universidade. Os enfermeiros graduados, a partir do ano de 1994, foram

excluídos do estudo em razão de que os mesmos apresentavam, por ocasião do início do estudo em questão, pouco tempo de exercício profissional.

O Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP, tendo em vista uma iniciativa recente de atualização de dados dos ex-alunos, dispunha de endereços atualizados de aproximadamente 27% dos mesmos. Este percentual correspondia ao conjunto de ex-alunos que mantinham exercício profissional nos diversos serviços de saúde da própria Universidade acrescida de uma pequena parcela que, mesmo desvinculada formalmente da Universidade, mantinha contatos pessoais com alguns professores.

Para complementar as informações necessárias à identificação dos endereços dos demais ex-alunos, solicitou-se o auxílio formal de uma entidade de classe de enfermagem que, por sua natureza, disporia de um banco de dados mais amplo que as demais entidades associativas. Em decorrência de inúmeras dificuldades encontradas, entre a solicitação dessas informações e sua obtenção transcorreu um período aproximado de 15 meses. Em virtude da morosidade nesse processo, efetuou-se, paralelamente, um levantamento de endereços mediante contatos pessoais com diversos enfermeiros, ex-alunos, com a expectativa de ampliar, a partir dos mesmos, a base de informações e informantes.

Ainda assim restaram algumas atividades a realizar, tais como: a atualização dos Códigos de Endereçamento Postal que foi executada mediante consulta manual ao guia oficial da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), bem como a identificação de endereços dos enfermeiros não cadastrados junto à entidade já referida. Para tanto, utilizou-se novamente a pesquisa informal junto aos respectivos colegas de turma e consulta ao banco

de assinantes da empresa Telecomunicações de São Paulo S/A (TELESP). Esta etapa do estudo também se realizou lentamente e acarretou atrasos no cumprimento do cronograma de pesquisa inicialmente estabelecido.

Após aproximadamente 18 meses de pesquisa de endereços, em julho de 1994, obteve-se a localização de 231 enfermeiros. Em consideração à população total, excluíram-se nove enfermeiros por não terem sido localizados ou por não se enquadrarem adequadamente aos propósitos da pesquisa.

Nessa fase, realizou-se a caracterização da população mediante a aplicação de um questionário composto de questões fechadas, semi-abertas e abertas correspondentes a identificação de dados pessoais, situação de trabalho, experiência e aprimoramento profissional e de percepções do profissional em relação à sua formação acadêmica e prática profissional. Finalmente, incluía-se também uma questão que visava a identificar a disposição do mesmo em participar de um segundo momento de coleta de dados (Anexo 1). O referido questionário acompanhava-se de uma carta de apresentação da autora da pesquisa, contendo informações sobre os objetivos e o delineamento geral do estudo, bem como o prazo e a forma de devolução dos mesmos, ou seja, envelopes resposta previamente selados e endereçados à pesquisadora.

O momento seguinte, que se constituiu no encaminhamento, via postal, dos instrumentos de coleta de dados, sofreu também atrasos em relação à previsão inicial em decorrência de movimentos de paralisação efetuados pelos funcionários da ECT que, com toda certeza, poderiam comprometer a qualidade dos serviços prestados por essa empresa e trariam, em consequência, prejuízos ao estudo.

O ritmo de devolução dos instrumentos de pesquisa foi bastante flutuante, intenso nas primeiras semanas e, posteriormente, muito irregular. Os atrasos maiores corresponderam aos profissionais que haviam mudado de endereço e cuja correspondência, por razões desconhecidas, ficou retida por longo tempo até ser devolvida ao remetente. Deste modo, decorridos três meses do prazo estabelecido, registrou-se a devolução de alguns questionários cujos destinatários não haviam sido encontrados. Nesse transcurso, novas tentativas de atualização de endereços foram realizadas, principalmente por meio de consulta ao banco de assinantes TELESP, e então, alguns questionários foram reenviados.

Com o intuito de contemplar neste estudo o maior número possível de enfermeiros, incluiu-se para efeito de análise, todos os questionários preenchidos, a despeito de a data de devolução dos mesmos não ter correspondido à inicialmente estabelecida.

Tendo em vista o contingente de enfermeiros que responderam ao questionário, ou seja, 119 (52,9%), efetuou-se um primeiro momento de redução desse grupo inicial com a finalidade de possibilitar a realização da etapa de análise qualitativa. Para tanto, empregaram-se alguns critérios de seleção, considerando-se os objetivos, bem como o delineamento teórico-metodológico deste estudo. Assim, o sujeito eleito para a segunda etapa da pesquisa deveria apresentar algumas condições no momento em que se deu a coleta inicial de dados, tais como:

- estar em exercício profissional por ocasião do preenchimento do instrumento;

- estar exercendo a profissão em serviços de saúde inseridos no Município de Campinas, SP;
- estar desempenhando funções mais diretamente vinculadas à assistência de enfermagem aos usuários dos serviços de saúde;
- ter indicado no instrumento de coleta de dados a disponibilidade de conceder entrevista individual.

A aplicação desses critérios resultou na redução do conjunto inicial, 119, a 26 sujeitos. Tomando por referência o material empírico referente às questões abertas do questionário (Anexo 2), realizou-se a análise de discurso dos 26 sujeitos que permitiu delimitar algumas linhas de orientação no processo de escolha de cinco sujeitos representantes para a entrevista. Esse processo encontra-se detalhadamente discutido na Parte V do presente estudo

As entrevistas foram antecedidas por contato telefônico com cada um dos sujeitos pesquisados com a finalidade de apresentar a autora deste estudo, de confirmar o interesse de participação do entrevistado, informar e solicitar o consentimento para o uso de aparelhagem de áudio-gravação e, ainda, combinar o encontro propriamente dito. No momento inicial de cada situação de entrevista, o pesquisador colocava-se à disposição do entrevistado para esclarecer dúvidas ou curiosidades acerca da pesquisa em questão ou do processo de entrevista em si. Além disso, o pesquisador explanava os objetivos gerais e a metodologia do estudo e ressaltava a importância da colaboração do entrevistado. Utilizou-se um roteiro de temas previamente estabelecido, respeitando-se os propósitos gerais da investigação. Contudo, na

condução das mesmas, ou seja, na ordenação e na forma de enunciação dos temas, levou-se em consideração as particularidades de cada momento de entrevista, com a finalidade de promover e estimular a progressão do discurso de cada sujeito (Anexo 3).

As entrevistas foram conduzidas em locais e horários indicados pelos próprios enfermeiros e registradas em fitas tipo k-7. Foram utilizados três equipamentos portáteis de áudio-gravação com o intuito de prevenir eventuais falhas de gravação bem como de facilitar o processo de transcrição das fitas, uma vez que cada um dos aparelhos oferecia diferentes graus de fidelidade sonora. Obteve-se, deste modo, três registros da mesma entrevista.

Os registros das entrevistas (Anexo 4) foram transcritos pela própria autora e analisados mediante o emprego do referencial teórico-analítico já referido.

Os dados quantitativos foram inseridos em um banco de dados que foi estruturado mediante a utilização do programa *Microsoft Access* e analisados pelo Programa SAS (*Statistic Analyse System*).

IV. CONTEXTO E SUJEITOS

4.1. ALGUNS DADOS DO CONTEXTO PARTICULAR DE FORMAÇÃO DOS SUJEITOS

O Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), na modalidade bacharelado e licenciatura, foi criado no ano de 1978 e reconhecido pelo Conselho Estadual de Educação, Parecer CEE nº 2.038/81, e Portaria MEC nº 322 de 18.08.82, publicada no Diário Oficial da União em 20 de agosto de 1982⁵. Contudo, a Resolução nº 44/66 do Conselho Estadual de Educação do Estado de São Paulo⁶ autorizava, desde aquela data, a instalação e funcionamento da Faculdade de Enfermagem junto a essa Universidade.

Um dos argumentos utilizados para a criação do Curso de Enfermagem e que constam do documento intitulado “Projeto de Implantação do Curso Superior de Enfermagem” (denominação posteriormente alterada para Curso de Graduação em Enfermagem), datado de 17 de novembro de 1976, baseava-se na necessidade emergente de formação de mão-de-obra a ser absorvida pelo Hospital das Clínicas da UNICAMP, em fase final de

⁵ Catálogo dos Cursos de Graduação da UNICAMP, 1996. 390p.

⁶ Processo UNICAMP nº 312/77 referente à Implantação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, folha nº 7.

construção nessa ocasião, e pela rede básica municipal de saúde, também em processo de implantação⁷.

No ano de 1979, quando se daria início às disciplinas do ciclo profissionalizante, composto por disciplinas específicas de enfermagem, fez-se necessária a colaboração de enfermeiros do Hospital das Clínicas UNICAMP, uma vez que não se contava ainda com um corpo docente especificamente constituído para atender a essa finalidade. Este foi sendo estruturado de maneira gradativa, à medida da necessidade, por meio da contratação de enfermeiros que pertenciam ao quadro do hospital da própria universidade ou originários de outras instituições. No ano em que ocorreu a criação oficial do Departamento de Enfermagem, 1981, o quadro docente era composto por 10 enfermeiros, sendo que apenas dois deles portavam titulação acadêmica (Pereira & Cerqueira, 1993: 27-28).

Desde sua implantação, o Departamento de Enfermagem subordina-se sob o aspecto administrativo e financeiro à Faculdade de Ciências Médicas, uma das unidades de ensino da Universidade, responsável também pelo curso de medicina. O Curso de Graduação em Enfermagem é ministrado em período integral e oferece 30 vagas com ingresso anual único.

A modalidade Bacharelado em Enfermagem é oferecida mediante uma grade curricular composta por 51 disciplinas que totalizam 245 créditos ou 3.675 horas, passíveis de integralização em 8 semestres. Para a Licenciatura em Enfermagem exige-se o cumprimento do currículo pleno acrescido de 6 disciplinas específicas que equivalem a 36 créditos ou 540 horas e implicam a

⁷ *idem*, folhas nº 2 e 3.

integralização desta modalidade em 9 semestres letivos (UNICAMP, 1996:107-109).

No ensino de graduação em enfermagem estão envolvidos os Departamentos de Farmacologia, Anatomia Patológica, Genética, Psiquiatria e Psicologia Médica, Medicina Preventiva da mesma Faculdade que, no conjunto, respondem por dez disciplinas. Além desses, o Instituto de Biologia, o Instituto de Matemática, Estatística e Ciências da Computação, a Faculdade de Educação e a Faculdade de Educação Física são responsáveis por outras dez disciplinas. Ao Departamento de Enfermagem cabe a responsabilidade do ensino teórico e da supervisão direta de atividades práticas desenvolvidas pelos alunos em serviços de saúde relativas a 31 disciplinas, que perfazem um montante de 2.565 horas ou 69,80 % da carga horária total do curso na modalidade bacharelado (UNICAMP, 1996:107-109).

Considerando-se essa mesma modalidade, as disciplinas que têm por objeto de conhecimento a Saúde Pública restringem-se a apenas 9,8% da carga horária total do curso de graduação (UNICAMP, 1996:219-390).

No elenco das disciplinas relativas à formação específica em enfermagem figuram 5 disciplinas cujos conteúdos dizem respeito à formação geral da enfermeira (Integração do Estudante à Profissão, Ética, Legislação, História da Enfermagem e Metodologia de Pesquisa) e, ainda, 3 disciplinas da área de nutrição e dietética. Juntas, elas somam uma carga horária que corresponde a 15,2%. O ensino de Enfermagem de Saúde Pública é formalmente ministrado por apenas 2 disciplinas que compõem, em relação ao elenco das disciplinas de enfermagem, apenas 8,2% da carga horária total. Nas demais 21 disciplinas, que respondem por uma carga horária de 76,6%, o

ensino de enfermagem é direcionado, de modo predominante, ao paciente hospitalizado (UNICAMP, 1996:293-294).

Ao longo dos últimos 5 anos, alguns docentes do Departamento de Enfermagem vinculados a disciplinas cujos conteúdos eram, tradicionalmente desenvolvidos em âmbito hospitalar, motivados por diferentes razões, tomaram a iniciativa, de incorporar campos de ensino prático situados fora dos limites da Universidade. Entre esses encontram-se o hospital-dia de saúde mental, instituição asilar privada para idosos, centros de saúde, ambulatórios de referência e serviços da rede básica municipal de saúde. Cabe, porém, ressaltar que, em âmbito geral, a carga horária destinada ao ensino de enfermagem nesses serviços não supera, tampouco equilibra-se àquela destinada ao ensino da enfermagem hospitalar.

Atualmente, o Departamento de Enfermagem apresenta um quadro constituído por 30 enfermeiros e uma nutricionista. Destes, 31 contratados em Regime de Dedicação Integral à Docência e Pesquisa e apenas uma em Regime de Tempo Parcial, ou seja, 24 horas semanais. No tocante à titulação acadêmica estão assim distribuídos: uma livre docente, 11 doutoras, 17 mestres (15 regularmente matriculados em programas de pós-graduação nível doutorado) e 2 professores que não concluíram o mestrado. Também exercem a função docente 3 enfermeiros com mestrado que estão lotados no Departamento de Enfermagem, vinculados formalmente à carreira funcional da própria Universidade.

Além das atividades de aperfeiçoamento profissional, pesquisa e extensão, os docentes dedicam-se quase que exclusivamente ao ensino de graduação, uma vez que não são oferecidos cursos de pós-graduação *stricto*

sensu em enfermagem na UNICAMP. Ofereceu-se, há alguns anos atrás e de maneira não sistemática, o Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho e, atualmente, alguns docentes contribuem com uma pequena carga horária de ensino teórico no Curso de Aprimoramento em Terapia Intensiva para Enfermeiros do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

A inexistência de curso de pós-graduação *stricto sensu* em enfermagem no âmbito interno à universidade e, mesmo, no Município de Campinas, tem provocado morosidade no processo de titulação acadêmica dos docentes uma vez que, dentre aqueles inscritos em programas de pós-graduação, 11 (69%) os cumprem em outros municípios, paralelamente às atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços. Aqueles que, por diversos motivos, procuraram alternativas dentro dos recursos da própria universidade, acabaram, na maioria dos casos, buscando programas vinculados a institutos, tais como: Faculdade de Educação, Instituto de Biologia, ou programas oferecidos pela própria Faculdade de Ciências Médicas, nas áreas de Genética, Saúde Coletiva, Saúde Mental e Farmacologia

Apenas 19% dos atuais docentes ingressaram no Departamento portando algum título, quatro possuíam o mestrado, uma, o doutorado e uma a livre-docência.

O currículo ainda em vigor no Curso de Graduação em Enfermagem da UNICAMP diferencia-se daquele previsto no Parecer nº 163/72 nos seguintes aspectos: as habilitações em enfermagem não são oferecidas e a disciplina Enfermagem de Saúde Pública encontra-se, conforme referência anterior, incluída no tronco profissional. A carga horária para a formação geral

do bacharel em enfermagem excede à prevista naquela legislação em 675 horas e prevê a integralização dos créditos em 8 semestres letivos (UNICAMP, 1996:107-109).

Em atendimento às exigências previstas na Portaria nº 1721/94 do Ministério de Educação e Desporto, que regulamenta o novo currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem, o Departamento de Enfermagem da UNICAMP, após um processo de revisão iniciado há mais de 4 anos, está implementando um currículo reformulado de graduação para os alunos ingressantes no ano de 1997.

Até o ano de 1996, o contingente de graduados desse Curso totalizou 299 enfermeiros, com predominância quase absoluta do sexo feminino (97,6%) sobre o masculino, sendo que, da totalidade de egressos, seis são docentes do próprio Departamento de Enfermagem.

4.2. OS SUJEITOS DA PESQUISA

4.2.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL

Conforme indicação anterior, a população inicial deste estudo constituiu-se de enfermeiros formados no Curso de Graduação em Enfermagem da UNICAMP nos anos de 1981 a 1993. A eles foram encaminhados os instrumentos de coleta de dados com o propósito de conhecer seu perfil profissional e subsidiar a etapa posterior do estudo. A análise dos questionários respondidos possibilitou a caracterização geral dessa população que será apresentada descritivamente, mediante a apresentação de tabelas com distribuição simples de freqüência.

Graduaram-se, no período assinalado, 234 profissionais com predominância acentuada do sexo feminino sobre o masculino, conforme pode se observar na Tabela 1.

TABELA 1. Distribuição dos enfermeiros graduados na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o sexo, Campinas, SP, 1996.

Sexo	n^o	%
Feminino	229	97,9
Masculino	5	2,1
Total	234	100,0

Pela distribuição das idades de ingresso dessas profissionais no Curso de Graduação, Tabela 2, observa-se que a concentração maior ocorre na faixa entre 17 a 19 anos, 69,2%, dado que poderia indicar ter a maior parte da população estudada iniciado o referido Curso em idades compatíveis com o

prosseguimento ininterrupto ou quase seqüencial ao segundo grau. A média encontrada foi de 19,3 anos, a moda e mediana situaram-se em 18 anos.

TABELA 2. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com a idade de ingresso, Campinas, SP, 1996.

Idade	nº	%
17 a 19	162	69,2
20 a 22	53	22,6
23 a 25	9	3,8
26 a 28	5	2,1
29 a 31	3	1,3
32 a 34	2	0,8
Total	234	100,0

Do contingente total de enfermeiras formadas no período em questão, excluíram-se algumas profissionais em decorrência de certas particularidades que apresentavam em relação às demais. Os motivos dessa exclusão encontram-se discriminados na Tabela 3.

TABELA 3. Distribuição dos motivos de exclusão de enfermeiras graduadas na UNICAMP no período de 1981 a 1993, Campinas, SP, 1996.

Motivo da exclusão	nº	%
Residentes no exterior	4	44,4
Não localizados	4	44,4
Outro	1	11,1
Total	9	100,0

Entre as quatro enfermeiras residentes no exterior, três eram descendentes diretas de estrangeiros e encontram-se radicadas, há alguns anos, nos países de nascimento de seus progenitores; e uma é de nacionalidade estrangeira. Estas foram excluídas em função de estarem desenvolvendo atividades profissionais no campo da enfermagem em realidades muito distintas da nossa, fugindo, assim, ao interesse direto deste estudo.

Entre as quatro enfermeiras cujos endereços não foram identificados, duas são de nacionalidade estrangeira. E, finalmente, a enfermeira incluída na categoria "Outro" da Tabela 4, corresponde a uma enfermeira de nacionalidade estrangeira que apenas complementou estudos junto ao Curso de Enfermagem para a obtenção de equivalência de estudos obtidos em seu país de origem.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos sujeitos excluídos do estudo de acordo com o sexo. Pode se observar que a totalidade dos sujeitos excluídos correspondeu ao sexo feminino.

TABELA 4. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, segundo a condição de inclusão/ exclusão do estudo e sexo, Campinas, SP, 1996.

Sexo Inclusão/exclusão	feminino		masculino	
	n^o	%	n^o	%
Inclusão	220	96,1	5	100,0
Exclusão	9	3,9	0	0,0
Total	229	100,0	5	100,0

TABELA 5. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, incluídas no estudo, de acordo com o resultado do questionário enviado, Campinas, SP, 1996.

Questionários	n^o	%
Respondidos	119	52,9
Não devolvidos	92	40,8
Devolvidos pela EBCT	14	6,2
Total	225	100,0

Observa-se, na Tabela 5, que, da totalidade de questionários enviados, 52,9 % foram devolvidos devidamente preenchidos e 6,2% sequer chegaram às mãos das destinatários, uma vez que retornaram ao remetente, via Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, com a indicação de mudança de endereço ou destinatário desconhecido.

Em relação aos 40,8% não devolvidos, não houve condições de identificar, de modo formal, quantos questionários efetivamente chegaram aos respectivos destinatários.

TABELA 6. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o ano de conclusão da graduação e resposta ao questionário, Campinas, SP, 1996.

Questionários respondidos Ano de conclusão	Sim		Não		Total	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
1981	8	44,4	10	55,6	18	100,0
1982	4	30,8	9	69,2	13	100,0
1983	19	65,5	10	34,5	29	100,0
1984	15	75,0	5	25,0	20	100,0
1985	24	85,7	4	14,3	28	100,0
1986	6	33,3	12	66,7	18	100,0
1987	12	57,1	9	42,9	21	100,0
1988	5	38,5	8	61,5	13	100,0
1989	8	42,1	11	57,9	19	100,0
1990	0	0,0	9	100,0	9	100,0
1991	4	40,0	6	60,0	10	100,0
1992	5	71,4	2	28,6	7	100,0
1993	9	45,0	11	55,0	20	100,0

Nota-se, na Tabela 6, ter havido uma variação perceptível, ano a ano, na distribuição percentual de respostas aos questionários. O percentual médio de respostas foi de 48,8%, dado este que, certamente, sofreu influência negativa da ausência absoluta de respostas das concludentes de 1990. Não foi possível identificar as razões explicativas desse fato.

Observa-se que no período de 1983 a 1985 os percentuais de respostas sofrem acréscimos consideráveis em relação aos anos de 1981 e 1982. A partir do ano de 1986, começa a existir uma oscilação bastante acentuada nas distribuições percentuais de questionários respondidos. Existe uma suposição de que essas alterações possam estar, de algum modo, relacionadas à admissão da autora da pesquisa, no ano de 1983, junto ao

Departamento de Enfermagem da UNICAMP. Houve, a partir desse ano, houve a oportunidade de estabelecimento de vínculos com os sujeitos pesquisados, então alunos, através da possibilidade de convívio que as diversas situações de ensino ofereciam.

É possível observar uma oscilação mais acentuada dos percentuais de devolução dos questionários, a partir do ano de 1986. Essa fase coincide com o início do processo de obtenção de titulação acadêmica da pesquisadora, que significou seu ingresso em programa de pós-graduação, nível mestrado, e posterior prosseguimento em programa de doutorado em instituição de ensino situado em outro município. Este fato pode estar associado a um prejuízo no desempenho da função docente da pesquisadora, uma vez que o processo de titulação acadêmica foi conduzido paralelamente às atividades didáticas. Assim, a sobrecarga de trabalho pode ter afetado seu envolvimento e dedicação em relação às atividades de ensino. Esta dificuldade, ou seja, o processo de ascensão na carreira docente em tais condições persiste até hoje pelo fato de não ter havido mudanças estruturais no Departamento de Enfermagem a ponto de ele ocorra em condições mais favoráveis.

Tal suposição pode ser confirmada por uma série de manifestações informais (cartas, bilhetes, recados, etc.) que acompanhavam os questionários das ex-alunas com as quais houve a possibilidade de manter-se estreito contato no decurso da formação acadêmica. Essas manifestações variaram de elogios pela iniciativa da pesquisa e satisfação de terem sido lembradas por uma de suas ex-professoras, ao reconhecimento da relevância do tema

pesquisado, bem como da influência positiva que a pesquisadora, como professora, representou na formação profissional dessas enfermeiras.

Assim, a posição ocupada pela autora e sua relação com os sujeitos da pesquisa podem ter interferido de alguma maneira no grau de adesão das mesmas durante o processo de investigação.

Passa-se, a partir deste momento, à caracterização pessoal e profissional daquelas enfermeiras que efetivamente participaram da população estudada.

TABELA 7. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, segundo resposta ao questionário e sexo, Campinas, SP, 1996.

Resposta ao questionário Sexo	Sim		Não		Total	
	n^o	%	n^o	%	n^o	%
Feminino	116	52,7	104	47,3	220	97,8
Masculino	3	60,0	2	40,0	5	2,2

Conforme se esperava, a grande maioria da população pesquisada, 97,8%, constitui-se de profissionais do sexo feminino. A distribuição percentual de respostas aos questionários foi semelhante para os dois sexos, embora este dado seja pouco significativo em decorrência da ínfima expressão numérica de profissionais do sexo masculino em relação ao feminino.

TABELA 8. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com a idade em anos, Campinas, SP, 1996.

Idade	n^o	%
23 a 26	11	9,2
27 a 30	20	16,8
31 a 34	51	42,9
35 a 38	33	27,7
39 a 42	4	3,4
Total	119	100,0

No tocante à distribuição das idades, observa-se que 70,6% das enfermeiras concentram-se na faixa etária de 31 a 38 anos. Em relação às medidas de tendência central, a média obtida foi de 32,5 anos, a moda foi de 32 anos e a mediana de 33 anos de idade.

TABELA 9. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o estado civil, Campinas, SP, 1996.

Estado civil	nº	%
Casado	74	62,2
Solteiro	38	31,9
Vive com companheiro	7	5,9
Total	119	100,0

Verifica-se, de acordo com as informações contidas na Tabela 9, que as profissionais solteiras constituem um percentual de 31,9% e que entre aquelas que indicaram condição oposta, 68,1%, predomina o grupo que optou pela união conjugal oficial.

TABELA 10. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com a idade de ingresso no Curso de Enfermagem, Campinas, SP, 1996.

Idade de ingresso	nº	%
17 a 19	91	76,5
20 a 22	19	15,9
23 a 25	5	4,2
26 a 28	2	1,7
29 a 31	2	1,7
Total	119	100,0

A Tabela 10 demonstra que, em relação a idade de ingresso, a maior concentração de profissionais situa-se na faixa etária entre 17 a 19 anos, com decréscimos acentuados para as faixas posteriores. Com a ressalva de algumas pequenas variações percentuais, essa distribuição é genericamente semelhante àquela observada na Tabela 2. A média e a moda foram de 19

anos e a mediana de 18 anos, valores relativamente próximos aos indicados na Tabela 2.

TABELA 11. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o exercício profissional em enfermagem anterior à graduação, Campinas, SP, 1996.

Exercício anterior	n^o	%
Não	105	88,2
Sim	14	11,8
Total	119	100,0

Entre a população pesquisada, apenas 11,8% indicaram ter exercido profissionalmente alguma função de enfermagem anterior ao ingresso na graduação. Entre estas, 7 exerceram a função de atendente de enfermagem, 6 desempenharam a função de técnica de enfermagem e apenas uma indicou ter exercido a função de auxiliar de enfermagem. Estes dados podem não ter correspondência direta com o conjunto de profissionais que eventualmente tenha concluído os cursos técnico e/ou auxiliar de enfermagem, uma vez que, com relativa frequência, observa-se o desvio de função, ou seja, uma técnica sendo contratada como auxiliar de enfermagem, ou ambas, técnica e auxiliar, exercendo a função de atendente de enfermagem. No entanto, a situação inversa não pode ocorrer. Em outras palavras, para o exercício das funções de técnico e auxiliar de enfermagem requer-se um processo formal de preparação específica que, para o técnico, corresponde ao ensino de 2^o grau e a conclusão do ensino oficial de 1^o grau para o auxiliar de enfermagem. De qualquer modo, é possível afirmar que, pelo menos sete ou 50% das graduadas que tinham exercido funções de enfermagem passaram por alguma modalidade de preparação formal em enfermagem anterior à graduação.

Esses dados possibilitam supor que, no caso da UNICAMP, a importância da formação prévia e do exercício de enfermagem anterior à graduação é pouco expressiva no sentido de influenciar a escolha pela profissão.

TABELA 12. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o exercício profissional após a conclusão da graduação, Campinas, SP, 1996.

Exercício da profissão após a graduação	nº	%
Sim	116	97,5
Não	3	2,5
Total	119	100,0

Os dados da Tabela 12 revelam ser minoritária a parcela das profissionais que não exerceram a profissão após o término do curso de graduação. Entre estas figura uma enfermeira que justificou tal comportamento em razão da prioridade que concedeu aos filhos e ao convívio familiar. Nos outros casos prevaleceu o interesse na dedicação exclusiva aos estudos de pós-graduação junto a disciplinas das ciências biológicas, que são contempladas no tronco básico do currículo de graduação em enfermagem. Assim, para estas profissionais, a graduação em enfermagem pode ter estimulado ou, ainda, ter reforçado um interesse anterior nessa área.

TABELA 13. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 19981 a 1993, de acordo com o exercício profissional no momento da coleta de dados, Campinas, SP, 1996.

Exercício profissional	nº	%
Sim	106	89,1
Não	13	10,9
Total	119	100,0

Considerando-se que as três profissionais especificadas na Tabela 12 estão incluídas no grupo que acusou não estar exercendo a profissão no momento em que se deu a coleta de dados (Tabela 13), identifica-se que o percentual de abandono real da profissão no referido período foi, de fato, da ordem de 8,4%. Encontra-se incluída nesse percentual uma profissional que concluiu outro curso de graduação na própria área de saúde em decorrência de ter identificado, através do exercício de enfermagem, sua afinidade com outro campo de atuação profissional.

Entre as justificativas do abandono da profissão predominou a influência de razões de natureza pessoal, tais como: casamento, gravidez associada à mudança de cidade e filhos. As justificativas relacionadas à falta de motivação profissional decorrente de baixos salários, jornadas extensas de trabalho e restrição de campo de atuação, estiveram presentes em igual proporção. Para uma parcela menor, prevaleceu a associação de justificativas de natureza pessoal aliada às condições de trabalho da enfermagem.

Os dados contidos nas Tabelas 12 e 13 permitem identificar um panorama bastante positivo em relação ao investimento realizado pelo Curso de Graduação em Enfermagem da UNICAMP, tendo em vista que, entre a população estudada, apenas 8,4% não exerceram a profissão. Para 2,5% desse sub-grupo, a graduação em enfermagem ofereceu possibilidades de acesso a outros campos de atuação contemplados na área de saúde.

TABELA 14. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o Município no qual exercem a profissão, Campinas, SP, 1996.

Município	nº	%
Município de Campinas - SP	73	68,9
Outros Municípios do Estado de São Paulo	18	17,0
Município de São Paulo - SP	10	9,4
Municípios de outros Estados	4	3,8
Sem informação	1	0,9
Total	106	100,0

Verifica-se, na Tabela 14, que a grande maioria das enfermeiras egressas do Curso de Enfermagem da UNICAMP, 95,3%, é absorvida no próprio Estado de São Paulo, havendo maior concentração no próprio Município de Campinas, 68,9%. Esse dado reveste-se de grande importância na análise da adequação do currículo adotado à realidade local e regional de saúde.

TABELA 15. Distribuição de enfermeiros graduados na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com a natureza da instituição na qual exercem a profissão, Campinas, SP, 1996.

Natureza da Instituição	nº	%
Pública	79	74,5
Privada	22	20,8
Outra	5	4,7
Total	106	100,0

O serviço público é responsável pela absorção da maioria das enfermeiras, 74,5%, enquanto que o serviço privado absorve apenas 20,8% dessas profissionais. Este dado indica, portanto, a participação predominante dos serviços públicos de saúde na absorção dessa mão-de-obra e configura-se como revelador no processo de adequação da formação da enfermeira graduada na UNICAMP, tendo em vista que o perfil profissional requerido

decorre, muitas vezes, das características específicas e da natureza dos serviços de saúde.

TABELA 16. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o campo de atuação profissional, Campinas, SP, 1996.

Campo de atuação profissional	n^o	%
Hospital	57	53,8
Rede básica de saúde	19	17,9
Ensino de enfermagem de 3º grau	8	7,5
Ambulatório de empresa	7	6,6
Creche	1	0,9
Clínica privada	1	0,9
Ensino de auxiliar de enfermagem	1	0,9
Outros	12	11,3
Total	106	100,0

Observa-se que, em relação ao tipo de instituição, o serviço hospitalar emprega mais da metade da população estudada. A segunda maior concentração, bastante inferior à primeira do ponto de vista quantitativo, localiza-se em serviços vinculados à rede básica de saúde. Tal dado reflete a distorção provocada pela política de saúde que, de modo geral, enfatiza e concede prioridade à assistência médico-individual curativa em serviço hospitalar, em detrimento da assistência e investimento em serviços de saúde pública. Entre as profissionais que atuam na área hospitalar, 35, ou seja, 61,4%, correspondem àquelas que exerciam a enfermagem em serviços vinculados ao complexo hospitalar da própria universidade.

É importante salientar que, embora com menor expressão numérica, o ensino de enfermagem de 3º grau e os ambulatórios médicos de empresas apresentam-se também em posição de destaque na absorção da profissional em relação aos demais campos de atuação. No conjunto, esses dados

oferecem uma indicação reveladora para que o Departamento de Enfermagem da UNICAMP se empenhe em oferecer cursos de pós-graduação.

TABELA 17. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com a jornada de trabalho em horas semanais, Campinas, SP, 1996.

Jornada de trabalho em horas semanais	n^o	%
20	2	1,9
30	17	16,0
35	23	21,7
36	13	12,3
38	1	0,9
40	43	40,6
42	2	1,9
44	3	2,8
48	1	0,9
50	1	0,9
Total	106	100,0

Verifica-se que 91,5% das enfermeiras se dedicam a jornadas semanais de trabalho situadas entre 30 e 40 horas, sendo que a maior concentração, 40,6%, ocorre em jornadas de 40 horas. As medidas de tendência central foram: 36,74 de média, 40 de moda e 36 de mediana.

TABELA 18. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com cargo ou função ocupada, Campinas, SP, 1996.

Cargo/função	n^o	%
Enfermeiro assistencial	40	37,7
Enfermeiro supervisor	15	14,2
Enfermeiro responsável por setores ou serviços	13	12,3
Chefe/coordenador de enfermagem	9	8,5
Diretor de serviço de enfermagem	5	4,7
Assessor/assistente de direção	2	1,8
Gerente de unidade de internação	1	0,9
Professor de ensino de enfermagem de 3º grau	11	10,4
Professor de ensino de enfermagem de nível médio	2	1,9
Enfermeiro do trabalho	4	3,8
Outras funções	4	3,8
Total	106	100,0

Observa-se que, da totalidade dos profissionais, 43,4% indicaram ocupar cargos ou funções nas quais o desempenho formal de atividades

administrativas, em diferentes escalas hierárquicas ou com distintos graus de responsabilidade e autonomia, é predominante. Por outro lado, 37,7% das mesmas dedicam-se às atividades de assistência de enfermagem, seja realizando o cuidado de enfermagem ou supervisionando o cuidado prestado por outro profissional da equipe de enfermagem. O exercício dessa função também requer um certo domínio de conhecimentos relativos à gerência de recursos e serviços, visto que, mesmo nessa posição, a enfermeira coordena, treina, e supervisiona a equipe de enfermagem e ainda assume a responsabilidade de prever e controlar recursos materiais.

O percentual de profissionais que se dedicam ao ensino de enfermagem em geral, 12,3%, parece ser significativo na valorização do preparo didático-pedagógico sistemático das mesmas durante ensino de graduação. Essa argumentação ampara-se, também, na consideração de que a atuação da enfermeira em atividades educativas é substancialmente freqüente, seja participando do processo de formação profissional e/ou atualização de agentes de enfermagem, seja realizando atividades educativas junto aos usuários dos serviços de saúde ou por meio de sua inserção formal no ensino de 1^o grau.

Merece destaque o exercício da função de enfermeiro do trabalho, tanto por tratar-se de um campo crescente de atuação profissional, quanto por considerar-se que o seu exercício exige preparação específica ainda não contemplada nos currículos de graduação.

TABELA 19. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o tempo em anos de trabalho na instituição, Campinas, SP, 1996.

Tempo de trabalho	n^o	%
menos de 1 ano	8	7,5
de 1 a 2 anos	29	27,4
de 3 a 4 anos	12	11,3
de 5 a 6 anos	22	20,8
de 7 a 8 anos	7	6,6
de 9 a 10 anos	19	17,9
de 11 a 12 anos	7	6,6
13 anos e mais	2	1,9
Total	106	100,0

Em relação aos dados contidos na Tabela 19, o quadro é bastante diversificado, tendo sido obtidos os valores de 5,11 anos para média, um ano para a moda e 5 anos para a mediana. Esses dados em si indicam que, embora seja mais expressivo o grupo de recém-admitidas, em média essas profissionais permanecem na mesma instituição por, aproximadamente, 5 anos. Ao somarem-se as distribuições daquelas que se mantêm na mesma instituição por um período de 5 a 10 anos, alcança-se o percentual de 45,3%. Assim, é possível depreender que a população estudada tem um comportamento relativamente estável em relação ao vínculo estabelecido junto aos serviços nos quais se encontram inseridas.

TABELA 20. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o número de empregos, Campinas, SP, 1996.

Número de empregos	n^o	%
1	88	83,0
2	18	17,0
Total	106	100,0

Dentre as enfermeiras que indicaram o exercício efetivo na profissão, 18 (17,0%) trabalham em dois empregos. Nesse grupo, 17 (94,4%) correspondem a profissionais do sexo feminino.

É importante esclarecer que a utilização da referência “segundo emprego” não tem qualquer significado de valorização diferencial em relação ao outro emprego, mesmo porque o questionário aplicado não solicitava tal apreciação dos sujeitos que participaram do estudo. Trata-se apenas de um artifício, um signo adotado para facilitar a discriminação cronológica dos vínculos formais de trabalho. Assim, o “segundo emprego” corresponde àquele que foi assumido posteriormente ao outro.

Verifica-se, no Quadro 1, que em relação ao segundo emprego predominam as instituições privadas, ao contrário da situação observada para aquelas profissionais que possuem um único emprego. Cabe considerar que, de modo geral, o serviço público recruta e contrata a profissional em jornadas de trabalho de 40 horas semanais.

No que diz respeito ao tipo de instituição, observa-se que, embora o hospital ainda ocupe um papel de destaque na absorção dessa mão-de-obra, isoladamente não consegue superar a frequência encontrada para as instituições de ensino, que talvez ofereçam jornadas menores de trabalho e maior flexibilidade de horários em relação aos serviços de saúde como um todo.

Também, de modo semelhante ao observado na Tabela 14, nota-se, uma concentração maior entre as enfermeiras que desempenham atividades profissionais no próprio Município de Campinas e, ainda, distribuição quase exclusiva por Municípios do Estado de São Paulo. Vale ressaltar que para a

totalidade desse grupo, os dois empregos situavam-se no mesmo município, não havendo, para essas profissionais, o ônus adicional de enfrentar o deslocamento geográfico para outras localidades.

Identifica-se, ainda, que apenas uma enfermeira consegue, mesmo com dois empregos, não extrapolar uma jornada semanal de 40 horas. Um terço das mesmas têm sua jornada acrescida em 10 horas excedentes, caso seja tomada como parâmetro uma jornada completa de 40 horas semanais. No entanto, para 61,1% dessas profissionais, a dedicação a dois empregos implica acréscimos expressivos na carga horária de trabalho. Esses dados, por si só, abstraindo-se todas as peculiaridades próprias à natureza do trabalho em saúde e, nesse particular, do trabalho em enfermagem, são bastante significativos, considerando-se o reflexo da dupla jornada sobre essas profissionais.

Para a maior parte dessas enfermeiras, o exercício profissional em dois empregos concomitantes é um comportamento relativamente recente ou, ainda, que talvez não se mantenha por períodos muito prolongados.

Os dados relativos a cargo/função desempenhada no segundo emprego evidenciam a importância do trabalho dessas profissionais no ensino de 3º grau. Deve ser explicitado, neste caso, que a atuação no ensino de enfermagem de 3º grau está aí incluída, mas não se restringe a ela. Ou seja, está também contemplada a participação dessas enfermeiras na graduação de outros profissionais, em geral, de áreas vinculadas às ciências biológicas e da saúde.

QUADRO 1. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, com dois empregos, de acordo com a natureza, tipo, localização, jornada semanal de trabalho em horas, tempo de trabalho, cargo/função na segunda instituição, Campinas, SP, 1996.

Natureza da instituição	nº	%
serviço privado	12	66,7
serviço público	3	16,7
serviço autônomo	1	5,6
outro	2	11,1
Total	18	100,0
Tipo de instituição	nº	%
Hospital	5	27,8
Ensino de enfermagem de nível médio	4	22,2
Ensino de 3º grau	4	22,2
Creche, instituição asilar ou similar	1	5,6
Serviço da rede básica	1	5,6
Outros	3	16,7
Total	18	100,0
Municípios	nº	%
Campinas - SP	12	66,7
Hortolândia - SP	1	5,6
Piracicaba - SP	1	5,6
São Paulo - SP	1	5,6
Sorocaba - SP	1	5,6
Vinhedo - SP	1	5,6
Curitiba - PR	1	5,6
Total	18	100,0
Jornada de trabalho em horas semanais	nº	%
30 a 39 horas	1	5,6
40 a 49 horas	6	33,3
50 a 59 horas	2	11,1
60 a 69 horas	4	22,2
70 horas e mais	5	27,8
Total	18	100,0
Tempo de trabalho	nº	%
menos de 1 ano	5	27,8
de 1 a 2 anos	8	44,4
de 3 a 4 anos	2	11,1
sem informação	3	16,7
Total	18	100,0
Cargo/função	nº	%
Professor de ensino de 3º grau	9	50,0
Enfermeiro	5	27,8
Enfermeiro gerente	1	5,6
Enfermeiro do trabalho	1	5,6
Professor de ensino de enfermagem de nível médio	1	5,6
Supervisor de enfermagem	1	5,6
Total	18	100,0

TABELA 21. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o número de empregos e vencimentos mensais em número de salários mínimos (S.M. R\$ 100,00), Campinas, SP, 1996.

Número de empregos Vencimentos mensais	1		2	
	nº	%	nº	%
4 a 9	29	32,9	2	11,1
10 a 15	34	38,6	1	5,6
16 a 21	19	21,6	7	38,9
22 a 27	3	3,4	6	33,3
28 a 33	1	1,1	1	5,6
34 e mais	1	1,1	0	0,0
sem informação	1	1,1	1	5,6
Total	88	100,0	18	100,0

Analisando-se os dados contidos na Tabelas 21 verifica-se que a inclusão do segundo emprego, no que diz respeito a ganhos mensais em salários mínimos, provoca um deslocamento das faixas de 4 a 15 para as de 16 a 27 salários. Para as enfermeiras com apenas um emprego a média aritmética encontrada foi de 13,13, a mediana 10 e a moda 9. Já para aquelas com dois empregos essas medidas foram: 19,11 de média, 20 de mediana e 23 de moda. Em relação aos valores de média e mediana, observa-se um acréscimo de aproximadamente 6 a 10 salários mínimos nos rendimentos mensais quando se consideram os vencimentos do segundo emprego.

De maneira geral, observa-se, na Tabela 22, que em relação à experiência profissional adquirida, destaca-se o exercício da profissão na área hospitalar, seja em instituições públicas ou privadas. A experiência em serviços de saúde pública ocupa a 3^a colocação, apresentando uma distribuição percentual bem próxima daquela relativa à experiência em cargos de direção de serviços de enfermagem. A exemplo da distribuição observada em tabelas anteriores, ressalta-se a importância do ensino no conjunto das atividades realizadas por essas profissionais. Merece destaque também a

experiência em cargos de direção de serviços de saúde, especificamente a coordenação de unidades básicas de saúde, bem como a atuação em ambulatorios médicos de empresas.

TABELA 22. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, segundo experiência profissional acumulada, Campinas, SP, 1996.

Experiência profissional	Sim		Não		Total	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
Enfermeiro em serviço público hospitalar	82	68,9	37	31,1	119	100,0
Enfermeiro em serviço privado hospitalar	41	34,5	78	65,5	119	100,0
Enfermeiro em serviço de saúde pública	33	27,7	86	72,3	119	100,0
Direção de serviço de enfermagem	31	26,1	88	73,9	119	100,0
Professor de ensino médio de enfermagem	24	20,2	95	79,8	119	100,0
Professor de ensino de 3º grau	18	15,1	101	84,9	119	100,0
Enfermeiro em ambulatório de empresa	13	10,9	106	89,1	119	100,0
Direção de serviço de saúde	12	10,1	107	89,9	119	100,0
Enfermeiro em clínica privada ou similar	10	8,4	109	91,6	119	100,0
Outro	4	3,4	115	96,6	119	100,0

Os dados contidos na Tabela 23 permitem identificar que mais da metade da população estudada, ou seja, 56,9%, encontra-se situada nas faixas que se estendem de 7 a 12 anos de exercício profissional. Ao ser incluída a faixa de 13 a 15 anos, este percentual atinge 61,2%. Apenas 18,1% das enfermeiras indicaram menos de 4 anos de exercício na profissão. Entre esses, 11,2% apresentavam tempo de graduação menor que 4 anos. Assim, esse percentual pode estar correspondendo àquelas enfermeiras que, após a graduação dedicaram-se às atividades profissionais de modo ininterrupto e imediatamente após a conclusão do Curso de Graduação.

De maneira geral, a correspondência entre os anos de exercício da profissão e os anos de profissão é variável. As faixas inferiores a 10 anos apresentam distribuições percentuais sempre maiores de tempo de exercício

profissional em relação ao tempo de profissão. De modo antagônico, as faixas de tempo iguais ou maiores que 10 anos apresentam distribuições percentuais menores do tempo de exercício profissional em relação ao tempo de profissão. A análise desses dados permite concluir que há uma correspondência positiva entre o tempo de profissão e o tempo de experiência profissional até 9 anos. A partir de 10 anos, essa correspondência passa a ser negativa. Em suma, quanto mais as profissionais se distanciam crescentemente dos 10 anos de profissão, menor correspondência esse dado tem com o tempo de exercício profissional efetivo.

TABELA 23. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o tempo de profissão e o tempo de exercício profissional efetivo em anos, Campinas, SP, 1996.

Anos de profissão/ anos de exercício profissional Tempo em anos	Anos de profissão		Anos de exercício profissional	
	n²	%	n²	%
menos de 1 ano	0	0,0	3	2,6
1 a 3	13	11,2	18	15,5
4 a 6	12	10,3	24	20,7
7 a 9	23	19,8	35	30,2
10 a 12	56	48,3	31	26,7
13 a 15	12	10,3	5	4,3
Total	116	100,0	116	100,0

TABELA 24. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, de acordo com o processo de aperfeiçoamento profissional freqüentados após a graduação, Campinas, SP, 1996.

Aperfeiçoamento profissional	Sim		Não		Total	
	n²	%	n²	%	n²	%
Eventos em geral	101	84,9	18	15,1	119	100,0
Habilitação	27	22,7	92	77,3	119	100,0
Aprimoramento	30	25,2	89	74,8	119	100,0
Especialização	62	52,1	57	47,9	119	100,0
Mestrado	11	9,2	108	90,8	119	100,0
Doutorado	2	1,7	117	98,3	119	100,0
Outros	13	10,9	106	89,1	119	100,0

Os dados apresentados na Tabela 24 delineiam um quadro bastante compatível com as funções mais freqüentemente identificadas para esse grupo

de enfermeiras, ou seja, aquelas relacionadas à esfera de atuação em serviços de saúde. O percentual de profissionais que participa de eventos em geral, 84,9%, indica haver uma preocupação predominante entre as mesmas de buscarem formas, ainda que breves, de se manterem atualizadas. O percentual de profissionais que realizaram cursos de especialização e, mesmo, a habilitação e aprimoramento, também é significativo para indicar o interesse ou necessidade em relação aos mesmos e mais uma vez ressalta a premência da oferta desses cursos pela universidade. A parcela de profissionais que realiza ou concluiu cursos de pós-graduação *stricto sensu* é compatível com aquela que se dedica ao ensino universitário (cerca de 10%). Este dado pode estar indicando que a procura por essa modalidade específica de pós-graduação origina-se de exigências próprias às funções docentes que essas profissionais desempenham.

TABELA 25. Distribuição das enfermeiras graduadas na UNICAMP, no período de 1981 a 1993, segundo a disponibilidade para conceder entrevista, Campinas, SP, 1996.

Disponibilidade	nº	%
Sim	112	94,1
Não	5	4,2
Sem resposta	2	1,7
Total	119	100,0

A distribuição contida na Tabela 25 indica ter uma parcela expressiva das enfermeiras concordado em participar de outra etapa da pesquisa. Este dado indica a existência de um comportamento bastante receptivo em relação ao estudo em questão.

4.2.2. APROXIMAÇÃO INICIAL AO DISCURSO DOS SUJEITOS

O questionário aplicado também contemplou algumas perguntas abertas (de número 5, 6, 7 e 8) que solicitavam a expressão de idéias acerca da relação que a profissional estabelecia entre a formação recebida na graduação e a prática por ela desenvolvida; do seu sentimento em relação à profissão; da avaliação de sua prática profissional e, finalmente, a livre manifestação de comentários pessoais.

Considerando-se a extensão do material obtido (Anexo2), bem como a dificuldade de examiná-lo mediante o emprego do referencial analítico adotado neste estudo, optou-se neste momento pela apresentação genérica das percepções predominantes no discurso desse grupo de enfermeiros, tendo em vista sua relevância na caracterização geral dos sujeitos do estudo. Assim, assume-se o ônus de que esta opção induza a uma leitura mais pautada no conteúdo e menos compreensiva dos processos de construção dos discursos apresentados.

A RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO E A PRÁTICA

Apenas 8, ou seja, 6,7% das enfermeiras não responderam à questão de número 5. Destas, 3 justificaram a ausência de resposta em razão de não estarem exercendo a profissão naquele momento.

Identifica-se que 46,2% das profissionais responderam a essa questão considerando a relação entre formação e prática do ponto de vista formal, ou seja, exclusivo e restrito a conteúdos curriculares recebidos durante

a graduação, se inexistentes, suficientes ou insuficientes em relação à base técnica e científica requerida para as funções que desempenharam.

Na percepção de 17,6% das enfermeiras, a formação recebida implicou a constituição de um perfil profissional incoerente com a prática requerida, considerando-se aspectos mais amplos e gerais do currículo adotado. Essa incoerência, segundo as mesmas, traduziu-se pela prioridade concedida ao preparo do profissional para exercício de atividades assistenciais em detrimento das atividades entendidas como administrativas (relações humanas, liderança, administração de conflitos, etc.), as quais foram mais fortemente requeridas para o exercício profissional em instituições hospitalares privadas. Esse grupo também referiu dificuldades em desempenhar a função em serviços de saúde pública, uma vez que o preparo recebido durante a graduação dirigia-se primordialmente ao exercício da profissão em serviços hospitalares. Parte dessas profissionais referiu que o ensino se realizou de modo idealizado, ou seja, sem correspondência com a realidade de trabalho da enfermagem. Nesse mesmo sentido, segundo a percepção de uma enfermeira, a formação teria também favorecido a solidificação de um sentimento de onipotência do profissional frente ao seu objeto de trabalho.

Na avaliação de um grupo composto por 18 profissionais, 15,1% do total, o Curso de Enfermagem ofereceu a possibilidade de aquisição de um suporte básico adequado, entendendo-se este como fundamentação científica ou treinamento técnico para o desenvolvimento dos cuidados junto ao paciente, porém insuficiente no tocante ao preparo para o desempenho da função administrativa.

Dez enfermeiras, 8,4% do total, atribuíram a aquisição de senso crítico e relativa facilidade de enfrentarem dificuldades e conflitos no trabalho à experiência adquirida por meio da participação em mobilizações estudantis que decorriam das condições inadequadas do ensino de enfermagem que observavam. Estas enfermeiras fizeram parte das três primeiras turmas de graduação, quando a estrutura do Departamento de Enfermagem se apresentava bastante precária, principalmente em relação ao quadro docente e recursos em geral.

Finalmente, uma parcela reduzida, 5%, ou 6 enfermeiras, considerou que a graduação em enfermagem representou uma instância de incorporação de sentimento de segurança e auto-confiança bem como de postura profissional relativa à valorização da ética, da assistência direta ao cliente, da qualidade de assistência prestada.

SENTIMENTO EM RELAÇÃO À PROFISSÃO

Apenas 5 ou 4,2% do total de enfermeiras não responderam à questão número 6. Entre elas duas não exerciam a profissão naquele momento.

É possível verificar uma relação de identificação com a profissão em 72,3% dos discursos. No entanto, para 60,5% das mesmas, a identificação com a enfermagem apresentou-se associada a sentidos de insatisfação ou sentimento de frustração, principalmente relacionadas às condições de trabalho (salários insuficientes, jornadas e turnos de trabalho rígidos e desgastantes), à disputa de poder entre os próprios enfermeiros, à falta de

delimitação das funções específicas da enfermeira, à desvalorização do profissional pela equipe de saúde, pela instituição e pela sociedade em geral.

No discurso de 13,4% das enfermeiras, a relação com a profissão vinculava-se a sentidos predominantes de insatisfação e frustração, associados à falta de perspectivas profissionais, baixos salários, falta de incentivo institucional no processo de aperfeiçoamento profissional, condições gerais de trabalho inadequadas, desvalorização social, sentimento de abandono, falta de autonomia, pressão pela concorrência e disputa entre enfermeiros, falta de profissionalismo na enfermagem, indefinição de papel profissional, subordinação ao poder médico.

Para 6,7% das profissionais, a prática de enfermagem relaciona-se a sentidos de rompimento ou tentativas de superação de limites estabelecidos em relação ao objeto de trabalho, à luta pela melhoria das condições de realização do trabalho em saúde, ao engajamento das profissionais nas lutas e reivindicações do conjunto dos trabalhadores de saúde, e ainda, a um sentido de que a busca do reconhecimento social da enfermeira não se restringe à mera delimitação e descrição formal de suas funções.

Na percepção de um pequeno grupo de profissionais, a enfermagem apresenta-se como profissão desafiadora e com possibilidades ilimitadas de ação. E mais, a profissão se relaciona a sentidos de caridade, paciência, coragem e de concretização de sonho pessoal.

PERCEPÇÃO DA PRÁTICA REALIZADA

Apenas 10 (8,4%) enfermeiras deixaram de responder à questão de número 7. Duas profissionais (1,7%) expressaram considerações sobre sua prática, porém não desenvolviam atividades no campo da enfermagem.

Para 28 enfermeiras, 23,5% do total, a prática desenvolvida foi analisada sob a perspectiva de um processo de crescente aperfeiçoamento decorrente da experiência profissional adquirida ao longo do tempo.

Do contingente total de profissionais, 15 ou 12,6%, reconheceram limitações diversas à prática de enfermagem, mas consideram existir um certo grau de autonomia do profissional. Houve, por parte de 14 enfermeiros (11,7%), manifestação de valorização positiva da prática desenvolvida em decorrência do significado social a ela atribuído.

Já para 13 enfermeiras, 10,9% em relação ao total, a baixa remuneração, a desvalorização em geral, a ausência de uma prática cientificamente fundamentada, a falta de delimitação de funções específicas, a falta de profissionalismo e o desenvolvimento de uma prática descentrada do objeto principal de atenção sobrepujavam as possibilidades de ação profissional.

Na concepção de 9 profissionais, 7,6% do total, a superação dos limites de atuação profissional é obtida mediante a aquisição de conhecimentos científicos.

Um pequeno grupo de enfermeiras, cinco (4,2% do total), posicionou-se satisfatoriamente em relação à prática que realizavam, tendo em vista a identificação pessoal com o trabalho, o reconhecimento obtido junto aos

seus superiores hierárquicos, bem como por sua participação efetiva no processo de recuperação dos pacientes.

Para quatro profissionais (3,4% do total), o exercício de enfermagem significa luta constante para a superação de obstáculos. Outras quatro enfermeiras identificam um desvio de sua prática em relação ao que deveria se constituir o objeto central de sua atenção, ou seja, o paciente.

Outras três enfermeiras avaliaram sua prática como automatizada, e não reflexiva. Na concepção de duas profissionais, a prática por elas desenvolvida é concebida como inovadora e criativa.

COMENTÁRIOS APRESENTADOS

Do contingente total de enfermeiras que participaram da pesquisa 50 (42%) manifestaram-se apresentando comentários (questão de número 8). Destas, 18 (36%) teceram considerações gerais e sugestões ao processo de formação em enfermagem, 12 (24%) manifestaram-se em relação à iniciativa da pesquisa em questão, oito (16%) expressaram dificuldades no exercício da profissão, quatro (8%) apresentaram relatos da prática que realizam, quatro (8%) indicaram sugestões para a busca de valorização da profissão, duas (4%) enunciaram o significado pessoal da profissão e duas (4%) reivindicaram que as escolas deveriam aumentar a oferta de cursos de pós-graduação *stricto* ou *lato sensu* em enfermagem para favorecer o processo de aprimoramento das profissionais.

V. MOVIMENTO DE APROXIMAÇÃO AOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

A partir de informações resultantes da etapa descritiva do estudo, efetuou-se um recorte mediante a aplicação de critérios de exclusão que resultou em um subconjunto de 26 enfermeiros⁸.

Para orientar a seleção dos sujeitos com os quais as entrevistas seriam realizadas, tomou-se como matéria de análise as respostas às questões abertas do questionário correspondentes aos 26 enfermeiros (Anexo 3). Diante dos resultados encontrados por meio dessa análise, buscou-se a aproximação aos sujeitos que foram entrevistados.

É importante esclarecer que tal orientação foi tomada muito mais no sentido de atender à necessidade de um recorte delimitador tendo em vista que o texto, na perspectiva aqui adotada, é entendido *não como o lugar de informações, mas processo de significação, lugar de sentidos* (Orlandi, 1987:196). O texto é uma *peça de linguagem que representa uma unidade significativa* (Orlandi, 1996:52) que pressupõe a língua como sistema significante e a história que afeta os sentidos e é apreendida não no sentido das palavras em si mesmas, mas em sua textualidade. O trabalho do analista reside na compreensão dos sentidos e das possibilidades de leitura contidos no texto com o intuito de apreender o discurso que lhe dá sustentação, que provê realidade significativa ao texto.

⁸ Esses critérios se encontram descritos na Parte III deste estudo.

O texto, como material empírico, unidade analítica, é um objeto com começo, meio e fim. Na perspectiva aqui defendida, o texto é tratado em sua incompletude porque se constitui e também se instala na relação de interação com a situação e com os interlocutores e reflete relações do texto com outros textos, do texto com a experiência do leitor em relação à linguagem, ao seu conhecimento de mundo e à ideologia (Orlandi, 1987:199). Além disso, o texto é sempre um recorte e o discurso um fragmento de um processo contínuo.

A análise de todo texto, na perspectiva da análise de discurso, pressupõe a compreensão de que a leitura é produzida. Isso significa que locutor (responsável pelo enunciado) e receptor (leitor virtual, não específico) estão incluídos nas próprias condições de produção de um texto. O leitor virtual já está inscrito no texto e, na leitura, o interlocutor (leitor real) entra em interação com o autor, de onde poder-se-ia falar em condições de produção da leitura do texto, ou, de que a leitura é produzida (Orlandi, 1987:180-181;184-187;193).

Cabe, então, ao analista a capacidade de reconhecer o princípio organizador do discurso, seu funcionamento, ou seja, o significado das partes em relação às regras que as tornam possíveis no texto em análise (Orlandi, 1987:198,217).

O objetivo deste momento de análise consistiu na compreensão do funcionamento do discurso por meio da apreensão das formas predominantes de emergência do sujeito no discurso. Para tanto, empregou-se o conceito de polifonia na perspectiva desenvolvida pela semântica da enunciação (Orlandi, 1988:62-63) com o intuito de apreender as posições do sujeito no discurso.

Para identificar a polifonia no discurso, tomou-se por referência a discussão de sujeito, autor e função enunciativa realizada por Orlandi, 1988: 75-82, a partir de concepções de Ducrot. Para essa autora, o sujeito falante apresenta várias funções enunciativas: locutor, enunciador e autor. O *locutor é aquele que se representa como “eu” no discurso*, o enunciador ou enunciadores é ou são perspectivas que esse “eu” constrói e se divide em várias posições no texto e o *autor é a função social que esse “eu” assume enquanto produtor da linguagem*. A função-autor é a mais determinada pelo contexto sócio-histórico (exterioridade) e afetada pela responsabilidade decorrente de sua função social.

A figura do locutor é constituída internamente ao discurso, representando-se no texto pelas formas gerais do paradigma do “eu” na enunciação, o responsável pela enunciação realizada. O enunciador corresponde à posição do sujeito que estabelece a perspectiva da enunciação, esta pode ser a do próprio locutor ou do alocutário (correlato do locutor), de uma perspectiva genérica ou de uma voz que enuncia uma verdade universal, inquestionável (Orlandi, 1988:62-63).

Na concepção de Maingueneau, 1989:76-77, o locutor é uma *ficção discursiva* que pode não coincidir necessariamente com o produtor físico do enunciado, seu autor efetivo. Um enunciado pode comportar mais de um locutor ou até uma hierarquia de locutores. O locutor também pode inserir em seu próprio enunciado outro personagem, o enunciador, atribuindo-lhe posições distintas das suas. O enunciador está para o locutor assim como o personagem para o autor de uma ficção.

Orlandi, 1987:198-199, considera existirem três níveis de sujeito no funcionamento discursivo: o sujeito do enunciado, o sujeito de enunciação e o sujeito textual. O primeiro resulta da análise do contexto lingüístico, o segundo da análise do contexto de situação e o último da consideração do texto em seu todo, do contexto textual.

A seguir, apresenta-se a análise de alguns textos a título ilustrativo do trabalho realizado na extensão total do material empírico relativo ao discurso dos 26 enfermeiros. Nesta apresentação, o texto analisado corresponde à transcrição literal e integral dos enunciados dos sujeitos da pesquisa em resposta às questões, abaixo reproduzidas, que lhes foram apresentadas no questionário de pesquisa.

- A. Faça uma breve análise da relação que você estabelece entre a formação que recebeu no Curso de Enfermagem e a prática que tem desenvolvido.
- B. Como se sente sendo enfermeiro(a)?
- C. Como percebe a sua prática?
- D. Comentários.

Com a finalidade de conferir uma ordenação na apresentação dos textos emprega-se um artifício de discriminação numérica que cumpre a função exclusiva de estabelecer elo de correspondência entre os mesmos e os distintos sujeitos de enunciação.

5.1. ANÁLISE DE DISCURSO

Enunciado 1

A. O curso de enfermagem me deu diretrizes para a prática que hoje desenvolvo, mas foi necessário ir à procura de um conhecimento mais profundo.

Observa-se neste parágrafo a apresentação de duas seqüências interligadas por “mas”, partícula conectiva que articula duas linhas de argumentação. Fazendo uso de concepções da semântica argumentativa (Orlandi, 1988:65-66), a construção do sentido da enunciação dessa seqüência seria do tipo *P mas Q*, na qual *X* (a escola me deu as diretrizes para a prática que hoje desenvolvo) é conteúdo de *P* e *Y* (foi necessário ir à procura de um conhecimento mais profundo) é conteúdo de *Q*. O conteúdo de *P* argumenta a favor de uma conclusão *r* e o de *Q* a favor de uma conclusão *-r*. As instâncias de *P* e *Q* corresponderiam a dois enunciadores, *Ei* e *Ej*. O emprego da conjunção adversativa “mas” concede predominância do último em relação ao primeiro e dirige o argumento para a conclusão *-r*, relativa à perspectiva de *Ej*, que, de modo geral, corresponde à do locutor. Desse modo, ocorre a valorização da instância de enunciação do locutor.

Na primeira seqüência, é possível identificar a incursão do locutor enquanto pessoa, aquela que se representa como a origem do discurso, mediante o emprego do pronome pessoal oblíquo átono *me* e do pronome possessivo *minha*, ambos relativos à primeira pessoa do singular. Entretanto, ressalta-se que do ponto de vista lingüístico, *o curso de enfermagem* ocupa a

posição de sujeito e agente do processo verbal. O locutor enquanto pessoa representa-se na posição de sujeito que sofre a ação.

Em relação à segunda seqüência, percebe-se que a narrativa acontece de modo impessoal, não se constata marcas explícitas que possam indicar a incursão do locutor no texto. Além disso, a expressão “ir à procura” reforça essa marca ao inserir o verbo ir na forma infinitiva impessoal. A utilização desses recursos indica um movimento predominante de ocultação do locutor.

B. Atualmente sinto-me desmotivada, principalmente na questão salarial acho que é muito investimento (financeiro emocional) para pouco retorno.

Existem, neste parágrafo, marcas de personalização do locutor, enquanto pessoa, pelo emprego do pronome *me*, relativo à primeira pessoa do singular, o “eu” do discurso que organiza o enunciado desenvolvendo uma linha argumentativa em direção às razões que justificam o seu sentimento em relação ao exercício da profissão.

C. Com o passar do tempo, novas experiências foram sendo adquiridas. Hoje, o conhecimento se uniu à prática, mantendo um equilíbrio.

Na seqüência inicial, novamente o locutor lança mão de um estilo narrativo impessoal, ou seja, não existem marcas de sua incursão no texto. Na seqüência que se segue, a impessoalidade se mantém pela indicação do *conhecimento* como sujeito, agente de ação.

Enunciado 2

A. Quando saímos da faculdade para enfrentar o dia-a-dia de trabalho, faltam-nos subsídios como: administração, relação interpessoal (conflitos,

liderança), noções de administração hospitalar. O que recebemos é muito pouco.

A incursão do locutor no texto, neste caso, ocorre mediante o emprego de conjugação verbal e pronome oblíquo átono flexionados na primeira pessoa do plural. Trata-se de recurso utilizado pelo sujeito da enunciação para situar seu dizer por meio de uma voz genérica, representada pelo conjunto de profissionais originários da mesma escola. Assim, a instância do locutor enquanto pessoa desvaloriza-se em relação à instância de um locutor genérico, locutor enquanto pessoa do mundo (Maingueneau, 1989:76-77).

B. *Costumo dizer “gosto do que faço mas não do que recebemos”. Num hospital escola, nossa realidade é diferente, somos peças importantes, o que já não ocorre em hospitais particulares, onde dificilmente encontramos a função do enfermeiro assistencial, muitas vezes somente um e na função administrativa.*

Observa-se no início desta seqüência que a expressão *Costumo dizer* configura o sujeito da enunciação como locutor do discurso, ou seja, aquele que apresenta ou organiza o processo de enunciação (Payer, 1993:38). É interessante notar, na seqüência, o uso das aspas para discriminar um enunciado no qual o locutor se coloca como o “eu”, sujeito “referido” no discurso. Por que, ao falar de si mesmo, discrimina “sua” própria fala? Por que necessita operar essa distinção? O “eu” do *Costumo dizer* não é o mesmo “eu” do *gosto do que faço*? Esta marca indica distinção nas posições que o sujeito da enunciação assume no texto. O sujeito da enunciação é, portanto, ora mero locutor, *Costumo dizer*, ora enunciador, *gosto do que faço mas não do que recebemos*. Há, nesse processo de enunciação, indicação de distinções no

modo de emergência do sujeito pelo emprego simultâneo da primeira pessoa do singular e do plural. Quando o sujeito quer demonstrar a identificação com a profissão, assume-se como o “eu”, origem do discurso. Para falar daquilo que desagrada, apresenta-se respaldado pelo “nós”, sujeito genérico, indiscriminado.

C. Em 10 anos de formada, ainda vejo nossa carreira numa eterna procura do valorizar, descobrir seu papel, mal remunerada, etc.....

Nesta sequência, o locutor personaliza-se, utiliza o pronome possessivo na primeira pessoa do plural *nossa carreira* e, ao mesmo tempo, distancia-se dela ao não discriminar, nem tampouco incluir-se como sujeito da procura de valorização. Mantendo o verbo na forma indeterminada, o sujeito organiza o enunciado, a partir de então, fazendo referência à enfermagem ou carreira na terceira pessoa do singular: (a enfermagem ou carreira tem que) *descobrir seu papel*, (a enfermagem ou carreira é) *mal remunerada*.

Ao longo do trabalho de análise observaram-se algumas marcas de repetição das formas de emergência do sujeito **do** e **no** discurso, tal como aquelas identificadas na ilustração realizada. Levando-se em conta a questão do referente do discurso, ou seja, aquilo de que se fala nos discursos, foi possível identificar um jogo de posições do sujeito da enunciação.

Nas falas relativas à profissão de enfermagem, cujos sentidos predominantes eram a desvalorização social, de modo geral, o sujeito enunciava de uma posição que se mantinha externa a ela, utilizando, para tanto, um estilo impessoal de narração. Quando o sujeito se posicionava como locutor no discurso geralmente representava-se enquanto locutor genérico, respaldando-se junto a vozes de senso comum. Os recursos utilizados na

organização do processo de enunciação revelam um movimento de apagamento do sujeito pelo autor, que ainda restaria compreender. As contribuições de Pechêux, 1988:271, fornecem esclarecimentos a esse trabalho. Ao discutir o trabalho de desidentificação que a prática política do proletariado promove para romper com a forma-sujeito espontânea (sujeito centrado, origem e fonte do discurso), o autor revela que o mesmo provoca um efeito paradoxal de identificação que funciona às avessas, ou seja, funciona em referência a *“não-sujeitos” como a História, as massas, a classe operária e suas organizações*.

Os enunciados cujo referente era a formação que a escola ofereceu apresentaram-se de forma semelhante. Quando havia marcas de incursão do sujeito no texto, as mesmas funcionaram de modo a posicioná-lo na condição de sujeito que sofre ou recebe a ação de um agente externo.

Observou-se, porém, o uso textual mais freqüente *das formas gerais do paradigma do “eu”* (Orlandi, 1988:62) nos processos de enunciação relativos às falas de identificação do locutor com a atividade ou função individual realizada e naqueles relativos ao empenho pessoal do sujeito na busca de conhecimentos, na superação de obstáculos e dificuldades encontradas no exercício cotidiano do trabalho. O *funcionamento espontâneo da forma-sujeito*, o locutor como “eu” do discurso, é possível *pelo “esquecimento” daquilo que o determina*, seu assujeitamento ao interdiscurso é dissimulado sob a aparência da autonomia (Pechêux, 1988:162-163). Interdiscurso, nas palavras de Orlandi, 1996:67-68, é a *memória constitutiva, é o dizível, o repetível, o saber discursivo (.....) porque o dizer só faz sentido se a formulação se inscrever na ordem do repetível, no domínio do interdiscurso*.

É interessante ressaltar ainda que nos textos analisados observou-se a predominância do uso indiscriminado de palavras ou expressões que designavam ou faziam referência à profissão. A enfermagem, o enfermeiro, o conjunto dos profissionais que legalmente realizam a enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar), a prática do enfermeiro, a prática de todos os agentes da enfermagem, o campo de atuação profissional, a classe de enfermagem, a classe de enfermeiros, constituem-se exemplos de termos ou expressões que foram freqüentemente utilizados para se falar da profissão. Estes eram substituídos uns pelos outros de forma “natural” como se todos ou qualquer um representasse o mesmo sentido. Trata-se da ilusão de transparência ou literalidade dos sentidos, ou seja, ilusão de que existe uma relação direta, termo-a-termo, entre linguagem, mundo e pensamento. É um efeito ideológico de evidência que produz a impressão de realidade do pensamento (Orlandi, 1996: , Pechêux, 1988:160-161).

A consideração dos diferentes modos de incursão do sujeito ao texto resultou na organização de cinco conjuntos distintos de discursos, um conjunto reunia os textos nos quais se identificava a predominância de um estilo de narração impessoal. Outro conjunto foi organizado pela inclusão de textos que indicaram mais de uma instância de enunciação. Aqueles textos nos quais se detectava uma diversidade maior de instâncias de enunciação, corresponderam a um outro grupo. O quarto grupo reuniu os textos nos quais se observava o predomínio do sujeito na posição de locutor enquanto pessoa. Finalmente, o último grupo foi constituído por aqueles textos extremamente breves, nos quais a contenção do discurso parecia operar algum significado, visto que os sujeitos tinham a opção de deixar as questões sem respostas.

Levando-se em consideração a concepção de texto na perspectiva da Análise de Discurso, bem como a preocupação com a viabilidade deste estudo, estabeleceu-se a escolha de um representante de cada um dos cinco conjuntos.

As tentativas frustradas de contato com os profissionais foram diversas em consequência de variados motivos, desde a localização dos mesmos, alteração de domicílio e/ou local de trabalho, desencontros, até a dificuldade em conciliar o horário de entrevista em função dos turnos e jornadas de trabalho que as mesmas assumiam. De modo que, para realizar as cinco entrevistas, a autora empreendeu contatos com cerca de dez profissionais.

Concedeu-se privilégio às enfermeiras que no decorrer do contato inicial confirmaram de imediato sua disposição em prestar colaboração e objetivaram-na programando, naquele mesmo momento, o encontro para concederem a entrevista.

5.2. CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DO DISCURSO

As entrevistas foram realizadas pela própria autora com a orientação de um roteiro de questões que sofreram pequenas adequações com o objetivo de atender cada situação particular que se apresentava. Reiterando a descrição anteriormente realizada, as entrevistas desenvolveram-se em horários e locais indicados pelas enfermeiras. Encontram-se, abaixo, sumariamente descritas algumas características dos cinco profissionais

representadas por símbolos aleatórios com o intuito de preservar suas identidades originais.

Sujeito “D”- Sexo feminino, 34 anos, solteira, dez anos e meio de formada, trabalha durante o dia como enfermeira de unidade de internação semi-intensiva de hospital público, cumpre uma jornada de 7 horas diárias com plantões nos finais de semana e concedeu entrevista no local de trabalho da pesquisadora.

Sujeito “Y” - Sexo feminino, 33 anos, solteira, dez anos e meio de formada, enfermeira de unidade de referência para pronto-atendimento da rede municipal de serviços de saúde, cumpria jornada de 8 horas diárias, assumira há poucos dias a função de supervisora de enfermagem do referido serviço, e preferiu conceder a entrevista em sua residência.

Sujeito “L” - Sexo feminino, 36 anos, solteira, 13 anos e meio de formada, enfermeira de centro de saúde da rede municipal, cumpre jornada diária de 6 horas e concedeu entrevista em sua residência.

Sujeito “A”- Sexo feminino, casada, 32 anos, 8 anos de formada, enfermeira de um centro de convivência infantil vinculado ao serviço público, cumpre jornada diária de 8 horas e concedeu entrevista em ambiente aberto, próximo ao local de trabalho da pesquisadora.

Sujeito “I” - Sexo feminino, solteira, 27 anos, 4 anos e meio de formada, enfermeira de centro de saúde da rede municipal, desligara-se há pouco tempo de um segundo emprego, cumpria jornada diária de 8 horas e concedeu entrevista em sua residência.

VI. ANÁLISE DE DADOS

Optou-se pela apresentação e análise de discurso de cada sujeito da pesquisa isoladamente com intuito de privilegiar, inicialmente, a apreensão das particularidades de funcionamento em cada texto.

Cabe esclarecer que, em virtude da extensão geral do texto obtido em cada uma das entrevistas, bem como da perspectiva de análise utilizada, empregou-se a concepção de recorte discursivo desenvolvida por Orlandi, 1984:13-14. O recorte discursivo é um fragmento da situação discursiva que correlaciona linguagem-e-situação e remete-se ao domínio da significação como multiplicidade de sentidos (polissemia) e não como informação organizada que resulta do caráter linear que se atribui à linguagem. É unidade discursiva, uma parte, em relação ao texto, que é o todo. Essa noção é, portanto, subjacente à noção de texto, já apresentada anteriormente.

1. O DISCURSO DE “D”

Em relação ao processo de aproximação à enfermagem, “D” coloca em diversos momentos do discurso, reproduzidos nos Recortes abaixo, que não se tratou de uma escolha pessoal, mas de alternativa que restara pela exclusão de outras possibilidades. A expressão *Prá falar a verdade*, utilizada no início do Recorte 1, indica uma operação metadiscursiva do locutor (Lingueneau, 1989:93-94), uma *derrapagem verbal*, palavras outras num espaço repleto de palavras, que funcionam como um dispositivo que abre caminho de negociação, delimita e especifica um território próprio no interior do

discurso. Trata-se de uma operação de confirmação - é exatamente isso de que estou falando - de que os fatos apontados encerram essa verdade.

Recorte 1. *Prá falar a verdade foi por falta de opção (risos)..... prá medicina, assim, eu acho.....eu gosto de.... cuidar, né, de ver a pessoa, conversar, tal, e eu achava que a medicina ia ser uma coisa mais fria, assim, ia ser coisa passageira também e... as várias opções, eu fui indo e tirando assim, mas eu não conhecia nada da enfermagem, o que que fazia, como é que era o curso, nada, né?*

Recorte 2. *Eu vi várias coisas, odonto, eu falei: “não, dentista eu morro de.....(risos), pavor”. Então, eu não quero dentista, Agrônomo, eu tinha um primo agrônomo, também eu falei “não, eu.....já saí do sítio tudo”, né, (risos) e ,apesar de gostar.....de mexer com terra, “Ah, não! Acho que agronomia não vai dar muito certo.” Aí, fui tirando.....e sobrou enfermagem.*

Recorte 3. *eu tive uma avó doente também que ficou muito tempo internada, então o que a gente tinha de contato era com o pessoal da enfermagem, só que na época eu não sabia quem que era a enfermeira e até hoje o pessoal faz confusão mesmo, né, os.....parentes e opróprioo próprio paciente. Quem é enfermeira? Enfermeira é tudo. Só que então a gente começa a ver uma referência, alguém mais.....né, que se vê que tá.....alguém mais diferente, no caso naquela época era a enfermeira mesmo, só que ela.....aquela que tava prá cá e prá lá, a gente não tinha tanto contato, o contato maior era com atendente, auxiliar, na época que eu tive. Mas eu não sabia ainda direito como é que funcionava também, depois com a minha prima, conversando com ela tudo que ela explicou mais ou menos, eu falei: “bom, vamos tentar”, né, (risos) mas foi por um acaso também.*

Recorte 4. *É, hoje, acho que foi.....(risos)..... foi mais por exclusão, né,.....foi mais ou menos sim. Mas, hoje em dia, eu*

gosto mesmo, só hoje acho que se eu tivesse mesmo seguido.....sabendo o que eu queria, talvez eu tivesse aproveitado melhor o curso em si, talvez tivesse aproveitado melhor os..... professores também, acho que eu levei o curso assim, prá fazer, prá passar, terminar, ter uma profissão.

Observa-se, nos Recortes acima, que “D” faz várias menções a tal processo, utilizando para tanto expressões tais como: *falta de opção*; *sobrou enfermagem*; *acaso*; *por exclusão*. O emprego de tais expressões parece desempenhar nos enunciados uma estratégia de reforço sugerindo que o encontro com a enfermagem tenha se dado de modo alheio à sua vontade. A narrativa impessoal de alguns enunciados aponta nessa mesma direção: *Prá falar a verdade foi por falta de opção* (Recorte 1), *mas foi por um acaso também* (Recorte 2). No entanto, nota-se que nos Recortes 1 (*eu fui indo e tirando assim, mas eu não conhecia nada de enfermagem....*) e 2 (*Aí, fui tirando assim....*) evidenciam a incursão do eu de “D” como locutor enquanto pessoa do discurso. Assim, “D” refere que não existiu a escolha, mas assume-se como sujeito referido do discurso, atribui a si mesma a ação de *tirar*, ou seja, excluir algumas opções.

Reforçando o argumento a favor de não ter existido a escolha, “D” emprega um outro recurso na construção dos enunciados:

(.....) as várias opções, eu fui indo e tirando assim,} mas {eu não conhecia nada da enfermagem, o que que fazia, como é que era o curso, nada, né? (Recorte 1.)

Observa-se, nesse caso a presença do conectivo “mas” articulando duas seqüências (P, *mas* Q), tal como já citado anteriormente. Essas seqüências apresentam linhas argumentativas em direções diferentes, porém,

pelo emprego do conectivo “mas”, o sujeito da enunciação empresta a força argumentativa em Q (o desconhecimento da enfermagem).

Nota-se, no Recorte 3, que “D” utiliza o mesmo recurso por mais de uma vez: *(.....) Mas eu não sabia ainda direito como é que funcionava também. Depois, com a minha prima, conversando com ela tudo que ela explicou mais ou menos, eu falei: “bom, vamos tentar”, né, (risos) mas foi por um acaso também.* Interessante notar que, mesmo indicando dois momentos de contato com profissionais de enfermagem - a experiência do contato com profissionais de enfermagem, inclusive com a possibilidade inicial de discriminação da enfermeira, durante a internação da avó e as informações da prima que era enfermeira - “D” ainda mantém a argumentação na direção de *acaso*. Nesse mesmo sentido de *acaso*, ao enunciar *(....) eu falei: “vamos tentar”*, “D” ocupa duas posições, locutor enquanto pessoa que apresenta o processo de enunciação (*eu falei*) e, no enunciado, locutor enquanto pessoa do mundo, locutor genérico no *vamos tentar* (*nós*), que caracterizaria uma nova tentativa de apagamento da dimensão locutor enquanto pessoa. É possível identificar, na extensão geral do enunciado, representado pelo Recorte 3, um movimento repetitivo de alternância do “eu” e do nós, “a gente” na posição de sujeitos referidos do discurso.

Apresenta-se, ainda, no discurso de “D”, outros efeitos de sentido. Quando “D” argumenta a razão de não ter escolhido medicina, emite o seguinte enunciado, já contido no Recorte 1:

(....)eu gosto de.... cuidar, né, de ver a pessoa, conversar, tal, e eu achava que a medicina ia ser uma coisa mais fria, assim, ia ser coisa passageira também e...

É possível identificar que “D” tenta estabelecer distinção entre *cuidar, ver a pessoa, conversar*, ações que indicam sua adesão, e a medicina, que é *coisa fria e passageira*. Logo mais adiante, ao falar do trabalho da prima enfermeira, “D” refere-se novamente à medicina:

Recorte 5. *Pelo menos, a impressão que dava assimmédico entendeu, é uma coisa mais.....(silêncio).....é aquele que vê o que que você tem, né, trata, mas você não tem mais.....(silêncio) .*
Aí, na enfermagem, pelo menos, eu vi que não, que..... (silêncio).

Neste Recorte, “D”, por meio de uma narrativa impessoal, afirma que o médico “vê o que o paciente tem” e “trata”, mas lhe falta algo que fica não dito no discurso. O lugar do não dito ocupado pelo silêncio quando, então, ocorre a interrupção de sua fala. Dando prosseguimento ao discurso, “D” retoma novamente a distinção entre medicina e enfermagem, reafirmando um certo sentido desta. Chama a atenção o fato de “D” utilizar verbos distintos *cuidar* e *tratar* que, em sentido amplo, poderiam ser entendidos como sinônimos, ao tratar, respectivamente, da ação de enfermagem e da ação médica. Além disso, a operação de distinção também se marca pelo uso do mesmo verbo com diferentes objetos: para a enfermagem emprega *ver a pessoa* (alguém), para a medicina emprega *vê o que você tem* (algo).

Recorte 6. *Aí, de início, eu tentei o colégio técnico prá ver como é que era tudo, aí na entrevista acharam que não tinha muito perfil prá seguir enfermagem “Não, porque acho que você é muito boazinha, acho tem que ser uma pessoa mais dinâmica prá seguir enfermagem”, pela entrevista que eu fiz prá entrar no colégio técnico, que eu lembro, não tinha perfil prá ser técnica de enfermagem, aí fui vendo o que era a enfermagem, como que era o curso técnico e tal.*

Por meio da citação direta e textual do discurso de um enunciador genérico (...) *acharam que eu não tinha perfil prá seguir enfermagem* “D” coloca em cena a perspectiva do alocutário, do outro que passa a assumir a posição de “eu” no discurso. Assim, insere a fala de um enunciador que no próprio enunciado deixa de ser genérico pelo emprego geral do paradigma do “eu” que, dadas as condições de produção específicas ao enunciado, correspondia não a qualquer pessoa, mas a um profissional de enfermagem. Dessa maneira, “D” reporta-se a uma experiência de contato com sentidos de enfermagem que parecem não ter alterado sua “decisão”, visto que, embora não tenha freqüentado o curso técnico de enfermagem, procurou o curso de graduação.

Novamente em consideração às condições de produção específicas ao enunciado, sua organização e o emprego da expressão *muito boazinha* parece operar alguma significação. A primeira seqüência é apresentada de forma negativa (*Não, porque acho você muito boazinha*) e a segunda que, embora esteja na forma afirmativa, (*acho que tem que ser uma pessoa mais dinâmica prá seguir enfermagem*) mantém implícito que “D” não tem essa característica (*precisa ser mais dinâmica*) veiculando, de certo modo, uma oposição implícita de sentidos entre *boazinha* e *mais dinâmica*. A própria utilização do adjetivo “boa” já soa estranho, pois refere-se, neste caso, a uma qualidade pessoal que foge ao contexto de que se trata, ou seja, o profissional. Na forma diminutiva, tal como se apresenta, mobiliza sentidos outros, abre a possibilidade de dupla leitura. Uma aparente qualidade que, pela forma com que se apresenta, promove um efeito de sentido oposto, uma valorização que denigre. Uma qualidade que não se deseja implicitamente. Condescendência

simpática que revela um certo modo de *cumplicidade do sujeito de discurso* (Ferreira, 1993:77) que, por meio dessa estratégia, diz o que é dizível (aquilo que pode ser dito) para não dizer o não dizível (aquilo que não pode ser dito) em determinada formação discursiva. Utilizando essa estratégia na organização do discurso, “D” insere a voz do “outro” que apresenta sentidos que já fazem sentido na memória do discurso de enfermagem.

Em relação à “escolha” profissional, identifica-se uma tentativa, marcada de diversas formas, de indicar um movimento predominante de não escolha. “D” expressa uma fala do “sem sentido” que veicula um certo “sentido”, mas o sentido dito não recobre o “sem sentido”. O que “D” não diz, porque não é passível de ser dito, é da ausência de um sentido de identificação *a priori*, em outras palavras, ela não procurou a enfermagem porque queria fazer enfermagem. Assumindo essa posição, “D” realiza o movimento de atribuição de significados (Orlandi, 1996:94).

Ressalta-se que em um momento posterior no discurso, quando se remete ao relato de sua inserção profissional, “D” emite o seguinte enunciado:

Recorte 7. (...) *teve uma época que eu só fazia isso e achava que com isso eu tava, né, me entregando à enfermagem, fazendo, tal, então tava tudo muito misturado (...)*

O emprego de *me entregando à enfermagem* parece evocar uma associação com sentidos de “doar-se”, “dar” ou ser “pego” ou “tomado” pela enfermagem. Este enunciado pode estar de alguma forma relacionado ao sentido de não escolha da enfermagem marcadamente presente no discurso de “D”.

Ao ser solicitada a realizar uma análise de sua prática, “D” reporta-se ao início de sua carreira profissional e enuncia:

Recorte 8. *No começo acho que era muito confuso, acho que eu disputava espaço com o auxiliar, né, (risos) eu achava que prá eu mostrar o meu serviço eu tinha que fazer lá, então eu ia lá, tinha medicação? Então “vou pegar a medicação, vou fazer”, “Ah! tem que virar o paciente?” “Vamos virar”, “tem que trocar?” “trocar” e vi que isso também na época era outra diretora e era tudo fazer junto, era.....assim, o lema da diretora antiga era fazer junto, então ela colocava auxiliar, enfermeira, atendente, todo mundo junto fazendo tudo junto, então misturava muito mesmo. Então eu tava me embolando lá no meio, junto com o auxiliar e o atendente e eu lá, mas sem..... eu como enfermeira falar: “Olha! tem que tomar cuidado com isso ou aquilo”. Não! Eu fazia junto sem pensar muito se tava certo ou errado, se a pessoa tava fazendo de uma maneira contaminada ou não, porque ia ser mais rápido ou não, então eu não questionava muito, mas isso foi assim..... eu recém-formada e a diretora também com uma mais cabeça diferente, né, esse fazer junto foi muito prejudicial prá gente, no começo, quem entrou lá, porque aí o auxiliar, a atendente não tinha respeito pelo enfermeiro, tava lá no meio mesmo, então eles achavam que se a gente tava fazendo alguma parte burocrática, tava enrolando, né, então a gente perdeu o respeito, esse espaço a gente perdeu durante uns 5 anos mais ou menos. E até hoje a gente tem seqüela disso, né, (risos) então eu, às vezes tô lá no meio e, eu vejo que eu tô entrando as vezes pro lado assim muito prático, aí, eu tenho que puxar um pouquinho, né? Aí, se eu faço isso, vou prá parte... parte de orientação, ou senão eu tô fazendo minha prescrição, evolução, avaliando paciente, as vezes eu vejo o pessoal olhando assim “Pô, parece que tá enrolando!” Eu fico pensando: “O quê eles estão pensando?”, ainda com 10 anos, (risos),*

Observa-se, no Recorte 8, a característica marcante de “D” explicar o seu processo de inserção no trabalho citando, com frequência seus próprios enunciados. Trata-se de uma estratégia, um modo de funcionamento que o sujeito pode utilizar para promover, em algum grau, um distanciamento ou uma adesão indireta em relação à enunciação (Maingueneau, 1989:85-88).

Também, de maneira geral, é possível observar que “D” se coloca nos enunciados como locutor enquanto pessoa pelo emprego das formas gerais do paradigma do “eu” e, algumas vezes, adere-se a um locutor enquanto pessoa do mundo (a gente, nós).

Inicialmente, “D” indica os efeitos de sentidos entre *para mostrar o meu serviço e eu tinha que fazer lá*. Para falar de sua indiscriminação (*acho que eu disputava espaço com o auxiliar, todo mundo junto fazendo tudo junto, então misturava muito mesmo; eu tava me embolando lá no meio*) perante os outros agentes de enfermagem, “D” cita seus próprios enunciados: *“vou pegar a medicação, vou fazer”, “Ah! tem que virar o paciente?” “Vamos virar”, “Tem que trocar?” “Trocar”*. Para falar de uma função outra que deveria fazer também usa a estratégia de discurso indireto: *mas sem..... eu como enfermeira falar: “Olha! tem que tomar cuidado com isso ou aquilo”. Não! Eu fazia junto sem pensar muito se tava certo ou errado, se a pessoa tava fazendo de uma maneira contaminada ou não, porque ia ser mais rápido ou não, então eu não questionava muito*. Nota-se, ali, a função da partícula argumentativa *mas* empregada no mesmo sentido já discutido anteriormente (*P mas Q: fazia mas não como enfermeira*), que concede o predomínio da argumentação a favor de “não como enfermeira, em outro papel”. Ressalta-se que, adotando

essa marca na organização do discurso, “D” situa-se pelas próprias falas no trabalho, mas não fala do trabalho.

Em certo momento, “D”, através de um discurso direto, insere a figura de um enunciador (*a outra diretora, a diretora antiga*) em seu discurso (*fazer junto; todo mundo junto fazendo tudo junto; o lema (...) era fazer junto*): *na época era outra diretora e era tudo fazer junto, era.....assim, o lema da diretora antiga era fazer junto, então ela colocava auxiliar, enfermeira, atendente, todo mundo junto fazendo tudo junto, então misturava muito mesmo*. Desse modo, indica efeito de sentido com a prática que realizava.

O recurso de citação direta de seu discurso parece, então, indicar uma operação de distanciamento de “D” em relação aos enunciados emitidos naquele momento ao qual se reporta. No entanto, “D” admite sua adesão àquela prática quando enuncia: *E até hoje a gente tem seqüela disso né, (risos). Então eu, as vezes tô lá no meio e, eu vejo que eu tô entrando às vezes pro lado assim muito prático, aí, eu tenho que puxar um pouquinho, né,. Aí, se eu faço isso, vou prá parte... parte de orientação, ou senão eu tô fazendo minha prescrição, evolução, avaliando paciente, as vezes eu vejo o pessoal olhando assim “Pô, parece que tá enrolando!” Eu fico pensando: “O quê eles estão pensando?”, ainda com 10 anos, (risos),.* Observa-se que “D” atualiza o efeito de sentido indicado quando conjuga os verbos no tempo presente, ao mesmo tempo não explicita diretamente, deixa implícita uma distinção entre as atividades relativas ao *lado (...) prático*, e as de *orientação, prescrição, evolução, avaliação do paciente*.

Outra marca que ressalta nessa mesma seqüência é a de que “D” atribui palavras ao pensamento do “outro” quando introduz a figura de um

enunciador genérico “o pessoal”: *eu vejo o pessoal olhando assim “Pô, parece que tá enrolando!”* que caracteriza explicitamente uma estratégia de antecipação, constitutiva do discurso em nível das formações imaginárias que, por sua vez, remetem às formações ideológicas. Assim, o locutor ocupa um lugar de dizer a partir do lugar que o interlocutor diz. Em outras palavras, o locutor confere a si a imagem que o outro faz dele, o interlocutor representa as representações do locutor (Orlandi, 1987:125-127). Ao final do Recorte, novamente realiza a antecipação, atualizando no tempo (*ainda com 10 anos*) que, em referência às condições de produção particulares ao enunciado, correspondem ao tempo de exercício profissional de “D”.

Nesse mesmo sentido, em um momento posterior do discurso, “D” enuncia:

Recorte 9. *Também, é difícil, né, e se a gente tá lá escrevendo, porque às vezes são 6 pacientes prá prescrever, os que estiverem mais ou menos...., e demora um pouco já “iiiiii já tá lá na papelada!”, o enfermeiro.*

Cabe, neste momento, esclarecer ao leitor menos familiarizado que os termos “prescrição”, “evolução” e “avaliação” do paciente, utilizados com frequência no discurso de “D”, nomeiam certas atividades que se situam no campo específico das atribuições privativas do enfermeiro.

Trata-se de um conjunto de ações ou etapas de uma metodologia que visa conferir uma sistematização à assistência de enfermagem e resulta de tentativas de delimitação teórica de um *corpo de conhecimentos específicos de enfermagem* (Almeida & Rocha, 1986:87-88). Essa metodologia, que pode seguir orientações teóricas distintas, consiste basicamente em uma seqüência

de etapas que contemplam, de maneira geral, a história e o exame físico do paciente, a prescrição dos cuidados a serem realizados, a evolução do paciente e a avaliação de enfermagem.

Reportando-se à prática que desenvolve "D", retoma a discussão da prescrição e evolução.

Recorte 10.tem um roteiro prá fazer prescrição e a evolução, a gente segue esse roteiro e cada um faz de um jeito a aí fica uma coisa tão enorme (risos) que ninguém lê também, então tem um problema esse negócio de prescrição, isso frustra um pouco também, a gente escreve lá como é que paciente tá, não sei o quê..... tudo, evolui nas 24 horas depois faz a prescrição de tudo que tem que ser feito, aí fica, né,..... uma folha inteira, aí, depois, no final do plantão, você vai ver se a pessoa checkou ou não checkou e não checkou nada, né, a rotina sai independente da gente fazer aquilo ou não. Eu falo: "Pô", então....

Neste Recorte, ao descrever seu trabalho, "D" indica um *problema*, uma *frustração* e reporta-se a determinados sujeitos em seu enunciado, "ninguém" e "a pessoa": *aí fica uma coisa tão enorme (risos) que ninguém lê também, você vai ver se a pessoa checkou ou não checkou e não checkou nada, né*. Dadas as condições de produção do discurso, identifica-se que "a pessoa" corresponde a determinado agente de enfermagem (auxiliar ou técnico), aos quais cabe formalmente a tarefa de realizar o cuidado e também de "checar", ou seja, assinalá-lo.

Observa-se, na seqüência final desse Recorte, o enunciado: *a rotina sai independente da gente fazer aquilo ou não. Eu falo: "pô", então....* "D" indica que algo acontece ("a rotina sai") sem que exista efeito de sentido

com “ aquilo que a gente faz”. O referente do discurso, ou seja, a metodologia de sistematização da assistência de enfermagem encontra-se substituída pelo pronome demonstrativo *aquilo* que pode estar cumprindo a função de indicar a distância do locutor em relação ao referente, tanto do ponto de vista lingüístico quanto extra-lingüístico. De modo similar, em momento anterior, “D” qualifica o mesmo referente como *esse negócio de prescrição* (Recorte 10). Ao prosseguir, “D” introduz um enunciado no qual se representa como locutor enquanto pessoa que apresenta o processo: *Eu falo: “pô”, então....*e não o completa, interrompe a fala.

Ao ser estimulada a falar da relação “das pessoas” no que diz respeito à prescrição médica, “D” enuncia:

Recorte 11. *Não! Checada e tudo bonitinho marcada, não esquece nenhum detalhe (risos). Agora, a prescrição de enfermagem fica..... porque banho, bem ou mal faz, né, não importa se é de leito ou aspersão, a gente prescreve: leito ou aspersão, mas a pessoa já sabe se é ou não é, tal, e quando tem dúvida, apesar de estar prescrito “banho de aspersão em cadeira de rodas, tarará”, eles perguntam : “Ah! esse paciente é prá levar pro banho de aspersão?”, né, então não lêem, então eles vão fazendo sem saber as orientações, a gente faz verbal...(risos)*

“D” relata um outro modo de relação diante da prescrição médica e concede ênfase com o emprego do adjetivo diminutivo “bonitinho”, cuja forma pode estar revelando um modo de significação. Falando do banho, “D” evoca novamente o sentido de *a rotina sai independente da gente fazer aquilo ou não* (Recorte 9). É interessante notar que: *a gente prescreve: leito ou aspersão, mas a pessoa já sabe se é ou não é, tal, e quando tem dúvida,*

apesar de estar prescrito “banho de aspersão em cadeira de rodas, tarará”, eles perguntam : “Ah! esse paciente é prá levar pro banho de aspersão?”, né, então não lêem, então eles vão fazendo sem saber as orientações, a gente faz verbal..., é uma seqüência argumentativa do tipo P (a gente prescreve: leito ou aspersão) mas Q (eles não lêem) na qual eles perguntam, eles vão fazendo sem saber as orientações, a gente faz verbal, emprestam força argumentativa em oposição à “prescrever”. Evidencia-se, assim, por meio de uma estratégia de construção, um modo indireto de “D” veicular seu modo de perceber “a prescrição de enfermagem” sem, no entanto, assumir um compromisso explícito, sua autoria.

O Recorte 13 é esclarecedor nesse sentido.

Recorte 12. *Sabe que tem..... que tem que ler, só que a rotina acaba envolvendo e se parar prá ler aquela coisa muito extensa, também é uma forma de falar que.....(risos) é..... eles tem uma certa razão, apesar de perder 5 minutos, mas acho que eles acham que é 5 minutos que já dá prá ir fazendo, então eles já pegam o plantão já vai vendo quem tem que aspirar já vão aspirando, os que tem, né, que,..... tão no tubo, independente de tá prescrito lá “aspirar as 14, 16, 18 ou se necessário”*

Novamente “D” põe em cena recursos indiretos para dizer o que pensa de modo não explícito. Indica, embora de modo impessoal, alguns argumentos que justificam o “não ler”: *a rotina acaba envolvendo, parar prá ler aquela coisa muito extensa*. A expressão “aquela coisa” parece apresentar o mesmo sentido de “aquilo” e “esse negócio de prescrição” (já presentes no Recorte 10), que encontra reforço de sentido mediante o emprego da expressão “perder tempo”. A seguir, “D” confirma o que não está explícito,

“eles têm razão de não ler”: *também é uma forma de falar que.....(risos)* é..... *eles tem uma certa razão*. Em continuidade, “D” veicula um sentido de “perder 5 minutos” com o enunciado no qual se representa como locutor enquanto pessoa: *mas acho que eles acham que é 5 minutos que já dá prá ir fazendo,,* e, assim, adere-se de forma indireta a um enunciado que atribui a “outros”. Trata-se, novamente, do emprego da estratégia de antecipação, tal como se discutiu anteriormente.

“D” relata em um momento posterior o comportamento dos médicos em relação à prescrição de enfermagem, Recorte 14. É possível que estes estejam considerados junto ao enunciador genérico *ninguém lê* (Recorte 11).

Recorte 13. *Não. É como tá lá, a prescrição de enfermagem, a evolução de enfermagem fica na anotação de enfermagem, então eles não lêem, a não ser quando tem dúvida,(....)*

Ao longo do discurso, observa-se que “D” indica uma série de razões, atribuição de sentidos, para justificar o comportamento dos auxiliares diante da não adesão à metodologia de sistematização da assistência de enfermagem: a falta de cobrança; a prescrição ilegível; ler tudo e depois ter que fazer; a evolução médica é mais breve e a de enfermagem é mais complexa; falta de motivação gerada pelo cansaço e desgaste decorrentes das condições inadequadas de trabalho, sobrecarga de trabalho pela assunção de dupla jornada. Ao mesmo tempo, “D” refere-se às estratégias que ela, sujeito referido do discurso ou falando da perspectiva de outros enunciadores (outra enfermeira, as enfermeiras, a supervisora) utilizam na tentativa de buscar essa adesão: cobrar; datilografar a prescrição; resumir; atrair a atenção, alterando a apresentação da prescrição.

Recorte 14. (....) talvez uma falha de a gente estar cobrando mais também, a coisa funciona na base da cobrança, não tá incutido neles que tem que anotar,

Recorte 15. (...) quando a gente fala assim: “Você checou? Você leu o que tá escrito lá?” aí eles vão lá pápápá rapidinho lêem o que tá escrito. (....) aí, tututu eles vão checando, aí você vai ver assim “Ah! mas esse paciente já tá sem o dreno, foi retirado, por que você checou, trocar o curativo do dreno, não tem mais o dreno”, “ Ah! então vamo bolá” então assim, então eles.....nem lêem o que tá..... prescrito então “já que é prá checar, então vamo checar tudo”

Recorte 16. (....) mas não fazem anotação atrás, “apresentou isso ou feito aquilo” não, a não ser que você vá lá depois “anotou?” e todo dia a gente fica “anotou? não anotou?” e a supervisora fica perguntando: “por que não tá anotando?”

Recorte 17. (.....) e tem outra que..... prescrição ilegível, né, (risos) a minha letra também é terrível, então tem que fazer letra de forma mas, mesmo assim, se você tem 3 ou 4 prá prescrever num dia, aí já.....chega uma hora que não dá mais a letra já sai..... e tem gente que não se preocupa, então já escreve com garrancho aí ninguém lê mesmo, né.

Recorte 18. Mas a gente vê que se tá bonitinho, datilografado bonitinho, eles falam: “Nossa! Que bonitinho” não sei o quê se eles lêem também, talvez mudar alguma coisa.....

Recorte 19. (...) e às vezes a gente prescreve tudo também, então prá ler tudo aquilo lá e depois ter tudo prá fazer, aí realmente (risos).....,

Recorte 20. (...) a evolução nossa parece que prá eles não pesa nada, porque tem a evolução médica também, então eles pegam a pasta prá ler as vezes quando eles querem..... saber como o

paciente está, eles pegam o prontuário, se tá calmo, eles pegam o prontuário médico prá ler, onde tem a evolução médica, só que não tem detalhado como a gente faz porque é..... de ontem prá cá, é evoluiu assim, assim, assim, é rapidinho, né, é são 5 linhas, mais ou menos, que o médico coloca, e a gente não, é..... pelo nosso roteiro a gente escreve tudo, como é que o paciente tá, da cabeça aos pés, pelo exame físico céfalo-caudal, e pápápá, vai anotando assim como é que tá e de ontem prá cá como é que tá, se melhorou nisso ou naquilo, né, então é um pouquinho mais complexo prá eles lerem,

Recorte 21. *E uma maneira que a gente tava pensando de mudar essa prescrição, então “vamos é.... diminuir” fazer só direcionada, o que é de rotina já preestabelece prá todo mundo e deixa um padrão ou já datilografado ou sei lá o que (....)*

Recorte 22. *Então a gente fala assim: “será que é por causa do..... que o pessoal tá desanimado, porque o salário tá baixo?” então nas reuniões, questionando o que que tá acontecendo, a gente fala assim: “ é porque tem que ter 2 empregos, prá poder compensar, então vem cansado, ele já vem, né, desgastado” então o pessoal tá desmotivado. E acho que não é só por problema financeiro, acho que o pessoal tá ficando cansado mesmo, da rotina lá, a gente tem trabalhado com pouca gente, né,*

Recorte 23. *Tem uma enfermeira que dá plantão que ela risca, né, o que ela acha que é importante, que ela faz assim com umas cores diferentes, aí o pessoal ainda lê sim, o que tá em..... com um risquinho a mais alguma coisa diferente, tal, então..... sei lá, não sei se tem que florir mais (risos), alguma coisa tem que ser feita.*

Ressalta-se, por meio desses Recortes, o predomínio de um movimento contido no discurso de “D” que funciona mediante um mecanismo de oposição de sentidos que se realiza de forma automática, “o positivo”

opondo-se ao “negativo” (falta de cobrança por cobrança; escrita ilegível por datilografada; evolução extensa por evolução resumida e assim por diante), revela um modo de perceber a matéria significativa e construir domínios de significação que afetam, dão forma e possibilitam os *gestos de interpretação* do sujeito (Orlandi, 1996: 84).

Nota-se novamente o emprego de termos na forma diminutiva (bonitinho, rapidinho, risquinho, etc) bem como o uso de figuras de linguagem (pápápá, tututu).

Em relação a essa dificuldade, “D” reporta-se outra vez à comparação entre prescrição médica e prescrição de enfermagem.

Recorte 24. *(.....) então é meio difícil assim a gente implantar a sistematização talvez..... porque não tem como mostrar prá eles a importância..... se não tiver uma prescrição médica a coisa não anda, [porque fica tudo parado, qual medicação é prá dar, eles não vão saber se tem que por soro ou não tem, qual o soro que vai ser, tem lá o intracat aí a gente põe um sorinho prá manter mas ... a gente vê que eles ficam perdidos, né? “E aí o que que vai fazer? O que não vai fazer?” agora, se não tem a prescrição de enfermagem a coisa anda, eles começam pelo banho, vão aspirando, vão fazendo higiene, vão dar comida, papápá, e a coisa funciona até final do plantão sem problema nenhum,(.....)*

Observa-se que “D” explica a dificuldade de implantar a sistematização por não ter como mostrar para os outros, para “eles” sua importância, e , ao mesmo tempo, atribui um outro sentido para explicar a dificuldade. Sem marcas de incursão no discurso, ou seja, narrando de forma impessoal, “D” indica que *se não tiver uma prescrição médica a coisa não*

anda, se não tem a prescrição de enfermagem a coisa anda e, inclusive, insere vozes outras em seu discurso para reforçar esta distinção.

Recorte 25. *(.....) na época da greve eles anotavam mais, porque era uma maneira de eles falarem que eles não tavam participando de greve, tavam lá, então cada um fazia a anotação pelo menos de um paciente, (risos), é interessante esse negócio (risos).....*

Recorte 26. *Então, prá eles é uma coisa assim é..... por obrigação mesmo, fazem ,anotam, por obrigação.*

No Recorte 25, citando ter observado, em determinado contexto, que os auxiliares fizeram a anotação, “D” identifica por meio de enunciado a eles atribuídos que se tratava de *uma maneira de eles falarem que eles não tavam participando de greve*. Por outro lado, em outro momento também enunciando da perspectiva dos auxiliares, “D” fala que “eles fazem por obrigação”. Mas o fazer anotação, no momento da greve, não parece ter sido uma obrigação.

Quando incentivada a analisar os reflexos da adoção da metodologia de sistematização da assistência em relação à qualidade da assistência de enfermagem , “D” emite o enunciado contido no Recorte abaixo, no qual reforça toda a linha de argumentação na mesma direção já discutida e recorre à perspectiva de outros enunciadores para explicar a não adesão à metodologia empregada: *eles seguem a rotina já que existia antes*.

Recorte 27. *Não mudou nada.....Deveria melhorar, mas não, porque eles fazem o que faziam independente de tá prescrito ou não, e sem seguir mesmo,(....) eles seguem a rotina já que existia antes, (....)*

Quando é questionada a falar como se sentia em relação à implementação da metodologia em questão, “D” enuncia novamente da perspectiva do outro:

Recorte 28. *Pode parecer meio assim....(risos).....é..... parece ser uma coisa que a gente tá perdendo tempo prá eles,*

Até que, em dado momento (Recorte 29), explicita a sua fala diretamente, posicionando-se como locutor enquanto pessoa, o “eu” referido do discurso. Todavia, faz uso também da posição de locutor genérico (a gente), certamente no intuito de respaldar a sua fala junto à de outros sujeitos, e utiliza a expressão “parece um tempo perdido” para atenuar o efeito de afirmação tácita. “D” ainda admite que a metodologia de assistência possibilita uma avaliação do trabalho da enfermagem, mas que na perspectiva do outro (prá equipe) “não muda nada”.

Recorte 29. *Tem dia que eu falo até: “Puxa vida! Tenho que prescrever!” né, porque é uma coisa que a gente vê que..... não tá adiantando, a gente perde, de cada paciente até fazer uma exame físico, uma prescrição e uma evolução, pelo menos meia hora, de tudo, e se quando eu tiver 4 pacientes, se tiver bem o paciente leva uns 15 minutos cada um, mas mesmo assim já dá meia hora, uma hora, mais ou menos, e parece um tempo perdido mesmo porque você não vê um retorno disso, eu vejo prá mim que eu fazendo o exame físico todo dia eu noto assim, mudanças sensíveis no paciente: “Nossa! Ontem tava edemaciado e hoje tá menos, tal” então eu falo pro paciente “olha, o senhor tá melhorando, assim, assim, tal”, né, mas prá equipe fica uma coisa assim..... , (...) mas prá equipe isso não muda nada, então, prá eu ver o paciente todo dia, é lógico é eu consigo ver o trabalho, avaliar, se tá assim..... os cuidados estão sendo feitos.*

Em certo momento, “D” refere-se ao seu sentimento quando não pode implementar a metodologia da sistematização da assistência.

Recorte 30. *(.....) porque o dia que eu não posso fazer porque eu tô sozinha no setor e eu não faço a minha prescrição, a minha evolução, apesar de eu saber que tá corrido, eu me sinto mal, porque parece que eu deixei de fazer o meu serviço, porque sendo enfermeira, o meu serviço único (risos) , né, que diferencia do auxiliar seria prescrever e evoluir, na parte no contexto geral e os auxiliares seriam todos os cuidados, e se eu não posso nem fazer isso, né, eu falei: “Puxa vida! não fiz o meu serviço desse dia”,*

“D” refere sentir-se mal quando deixa de prescrever e evoluir o paciente, pois se apega ao exercício dessas funções como única forma de discriminar-se diante dos demais agentes de enfermagem: *eu me sinto mal, porque parece que eu deixei de fazer o meu serviço, porque sendo enfermeira, o meu serviço único (risos) , né, que diferencia do auxiliar seria prescrever e evoluir.* Observa-se, na construção do enunciado, que “D” às vezes se posiciona como locutor enquanto pessoa: *eu me sinto, eu deixei de fazer o meu serviço, o meu serviço único.* Por outro lado, também enuncia de modo impessoal certas passagens: *porque sendo enfermeira, que diferencia do auxiliar seria prescrever e evoluir,* dado que demonstra um certo distanciamento do locutor ao enunciado. Ressalta-se que o emprego da expressão *sendo enfermeira,* indica uma operação metadiscursiva (Maingueneau, 1987: 93-94) que se destina a construir uma imagem do locutor - ser enfermeira e diferenciar-se de auxiliar é prescrever e evoluir.

A própria Lei nº 7.498/1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem, dispõe que, entre outras, a prescrição da assistência de

enfermagem seja atividade privativa do Enfermeiro. Há que se ressaltar, porém, que ao menos no plano legal, cabe, privativamente ao enfermeiro, uma gama de outras atividades além daquela já mencionada. São elas: a direção de órgão de enfermagem que integre a estrutura básica de instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e unidade de enfermagem; a organização e direção dos serviços de enfermagem em empresas prestadoras desses serviços; o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; a realização de consultoria, auditoria e emissão de pareceres sobre a matéria de enfermagem; realização de consulta de enfermagem; prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomada de decisões imediatas (COREN-SP, 1997:36-41).

A despeito disso, o discurso de “D”, por determinado processo de constituição, fixa o sentido de discriminação do trabalho do enfermeiro, em relação aos demais agentes de enfermagem, exclusivamente em apenas uma das atividades privativas do profissional. O próprio texto de tal legislação, bem como outras instâncias divulgadoras do discurso de enfermagem, tais como a própria escola, os dirigentes de serviços de enfermagem, a política de enfermagem adotada na instituição, as publicações científicas, entre outras, podem ter contribuído no processo de construção desse sentido dominante no discurso de “D”.

A necessidade de discriminação e diferenciação de papel perante os auxiliares é muito presente no discurso. Em vários momentos, “D” indica a inter-relação de sentidos:

Recorte 31. *(....) tem gente que acha que é um absurdo assim, ver a enfermeira fazendo higiene íntima ou trocando o paciente fala: “Nossa! como é que pode, né, uma enfermeira padrão (risos) fazendo isso?”*

Recorte 32. *(....) se alguém chega lá no..... meio do serviço, é que não dá prá identificar quem é o enfermeiro lá no meio..... porque a gente tá lá no quarto, ajudando a aspirar, ajudando a virar às vezes, e eu não me sinto assim menos enfermeira por tá fazendo, então já..... acho que depende da cabeça de cada um se sentir enfermeira ou não.*

Recorte 33. *(....) veio um enfermeiro novo ele ficou horrorizado de estar os velhos trabalhando lá, porque medicação a gente faz no horário, então eles falam: “Nossa! mas o enfermeiro tem que fazer medicação?” (....) “Nossa! mas enfermeiro tem que trocar paciente?” então prá quem vem, vê uma coisa, fica meio distorcida, “puxa vida! na faculdade a gente vê parte administrativa, tal, coordenar a equipe, priorizar atividades, fazer o mais prioritário, não sei o que, tem várias coisas que a gente aprende na faculdade e chega aqui no trabalho é totalmente diferente?” (risos)*

Recorte 34. *(.....) os auxiliares ficam meio perdidos também, né, se a enfermeira serve só prá fazer prescrição e evolução, “Então vai ficar lá? prá que enfermeira?, então, prá que tanta enfermeira?” às vezes eles falam, porque é um por setor* , são 4 enfermeiros por dia, né, então eles falam “ Se é só prá isso? né, então prá que tanto?”*

* O termo originalmente utilizado foi substituído pela autora em razão de tratar-se de uma expressão empregada corriqueiramente em uma determinada instituição, fato que poderia comprometer o anonimato do sujeito pesquisado.

Recorte 35. *“Ah! a coisa funcionou sem enfermeiro, nós somos muito bons porque olha, a enfermeira não tava e a coisa andou!”*

Em todos os Recortes acima descritos e sempre enunciando da perspectiva de outros (tem gente, alguém, o enfermeiro novo, os auxiliares), “D” veicula a fala da não discriminação de papéis. Na última seqüência do Recorte 33 apresenta-se uma inter-relação de sentidos com a formação em enfermagem *“puxa vida! na faculdade a gente vê parte administrativa, tal, coordenar a equipe, priorizar atividades, fazer o mais prioritário, não sei o que, tem várias coisas que a gente aprende na faculdade e chega aqui no trabalho é totalmente diferente?”*, contudo não é possível atribuir essas palavras a um enunciador específico.

O discurso de saúde de “D” encontra-se expresso nos Recortes abaixo. No que diz respeito à perspectiva do paciente (Recorte 36) a relação de sentidos de saúde é com a doença.

Recorte 36. *É complexo, né,..... (risos) eu acho assim, quando a gente vê o paciente, normalmente, a gente só tá enxergando porque que ele tá lá, então normalmente a gente só direciona o que tá acontecendo, o paciente tá com diabetes, então você só vai com a cabeça..... o pâncreas deixou de funcionar por algum motivo, pápápá, e você não vê o contexto geral, você não sabe a história do paciente,*

Avaliando o cuidado em relação à própria saúde, “D” inter-relaciona os sentidos de “abraçar o mundo”, “resolver tudo” e a “tensão” com “não dormir direito”, “dor de cabeça”, “dor no corpo”, “músculo empedrado”, “dor muscular”, “lombalgia” com “tensão acumulada” e “somatização”. A despeito da relação que estabelece entre o trabalho e a saúde, “A” busca resolução

junto ao tratamento médico numa perspectiva de cura de sintomas. Os sentidos de prevenção associam-se ao campo da saúde física.

Recorte 37 (...) *aí você quer abraçar o mundo, você quer resolver tudo, e... eu via as coisas erradas então eu já ia lá, já tentava resolver, fazia isso, aquilo, saia de lá descabelada e isso ia somatizando também, chegava...., não dormia direito, tinha dor de cabeça, dor no corpo, chegava até a ficar com todo músculo empedrado, aí ia no médico, tinha que tomar relaxante muscular e ele falava assim: “ Mas o que que tá acontecendo? Você tá carregando o que? peso assim, fazendo musculação?” , “Não! Acho que étensão, né, que tá acumulando.” e que, assim, durante 2, 3 anos levando até que falei: “Não, não dá!” chega uma hora que você fala assim: “ Você tá agredindo seu corpo sem saber”*

Recorte 38. (...) *a minha saúde..... (risos) às vezes eu fico assim meio..... cansada, desgastada, né, de ver tanta gente assim, se ficar pensando nisso cê fica também meio doente com tudo, eu tenho muito..... muita facilidade de somatizar também, acho que por eu não por tanto prá fora a gente acaba somatizando, é dor muscular aqui e ali, é lombalgia, eu falo: “Eu não posso nem ir ao ortopedista, porque..... (risos) é lombalgia, é isso é aquilo” e por outro lado, por tá na área de saúde acho que a gente cuida pouco da saúde, a gente também não faz uma prevenção boa, (risos) eu não costumo ir regularmente fazer prevenção ginecológica também, não faço o meu toque de mama, que eu tenho que orientar, a gente(risos)....acaba se descuidando, eu, pelo menos, não me cuido bem. (risos)*

6.2. O DISCURSO DE “Y”

No Recorte discursivo abaixo, “Y” revela uma instância de relação com a enfermagem, a prima enfermeira que conseguiu inserção fácil e em condições consideradas satisfatórias que teriam, de certo modo, influenciado sua decisão.

Recorte 1. *Como tudo começou. Vamos ver se eu volto em meados de 1975, 76 mais ou menos, que eu tenho uma prima, que na época ela era enfermeira, tava fazendo faculdade de enfermagem em término de curso aí recebeu uma oferta boa lá prá Foz do Iguaçu, ganhando bem, numa boa. Esse foi a primeira coisa que me chamou a atenção foi isso..... mas eu nunca.....*

Contudo, em outro momento, Recorte 2, “Y” refere desconhecer as razões que a motivaram a procurar o curso de enfermagem e, para reforçar seu desconhecimento, insere em seu discurso alguns enunciados (da mãe, do pai e do tio) que apresentavam sugestões em outras direções. Contrariando as opiniões de familiares, “Y” reafirma sua decisão enfaticamente, citando textualmente seu próprio enunciado. Na seqüência, “Y”, descrevendo as condições nas quais obteve aprovação no concurso vestibular para enfermagem, apresenta argumentos em direção a um desempenho pessoal não satisfatório e indica uma instância de efeito de sentidos: *vamos dizer assim que tem o dedinho de alguém lá de cima que quis que eu ficasse, aí entra o dom da coisa, né*. Para explicar o inacreditável “Y” lança mão de uma operação metadiscursiva (Maingueneau, 1989:93) que marca uma inadequação de termos ao discurso *vamos dizer assim* (se é possível afirmar, de alguma forma, etc.) atribuindo ao desejo de “outro” a sua aprovação e

também indicando um sentido de *dom*, para justificar seu encontro com a enfermagem.

Recorte 2. *Foi uma coisa muito momentânea na época que eu prestei vestibular, que foi em 80, 79/80, que..... foi assim é: Enfermagem? Por que enfermagem? Eu não sabia por que, o por quê? Queria tentar fazer enfermagem, aí, minha..... minha mãe falou assim: “Não, faz odontol”, meu pai também falava: Não, faz oftalmol”, meu tio falava assim: “Faz advocacia.”. Cada um falava uma coisa, “Não, eu vou fazer enfermagem!” Prestei enfermagem e passei, por incrível que pareça, apesar das notas não terem sido ótimas, foram até péssimas, prá quem tá prestando prá uma UNICAMP e, de 30 vagas, peguei o 28º com uma média máxima de 2ª fase de 3 e ½, quer dizer não foi um belo.....uma bela entrada de vestibular, tá..... vamos dizer assim que tem o dedinho de alguém lá de cima que quis que eu ficasse, aí entra o dom da coisa, né, (risos) e acho que começou bem por aí, assim, muito a contragosto da família, (risos) acho que é isso, foi assim que começou.*

Ao mesmo tempo em que “Y” refere que seu encontro com a enfermagem aconteceu pelo desejo de “outro” e pelo “dom”, qualidade pessoal inata, quando exerceu temporariamente outra atividade profissional experimentou um sentimento de “falta”, explicando seu retorno à profissão.

Recorte 3. *Só que aí, sabe, uma coisa assim lá no íntimo “tá faltando alguma coisa”, sabe? Chegou no quarto mês falei prá minha chefe (risos), eu falei assim: “Ó, eu tô voltando a ser enfermeira de novo.” Foi a época que eu voltei a trabalhar na (em uma instituição hospitalar), aí eu fiquei mais em paz comigo.*

Em outra ocasião, “Y” experimentou um segundo afastamento da enfermagem e novamente decide retornar e, a esse respeito, emite o

enunciado que se segue (Recorte 4), no qual emprega mais uma vez a palavra *dom*, e ainda, *nasci prá ser enfermeira* (destino, predestinação), formas diferentes de um mesmo sentido e *masoquismo* (prazer pelo sofrimento).

Recorte 4. *E... voltei prá (instituição X), por incrível que pareça voltei pra (instituição X), e comecei a sentir muito mais satisfeita com aquilo que eu tava fazendo, né, então essas 2 vezes, então, eu sou masoquista de 3º grau (risos) é meu dom mesmo, é não tem jeito, é dom, eu acho que só nasci pra ser enfermeira mesmo, sem ter uma razão explicável do início, não foi porque eu queria fazer medicina, detesto medicina por incrível que pareça, né, eu sou muito pele, contato tête-a-tête com o paciente, não é só o lado social, eu acho que tem muita coisa que o médico ou mesmo a classe médica se esquece de ver, tá, por estar especializado numa única coisa, muitas vezes, então eles se omitem em, a se envolver com a vida do paciente, e a gente não, o pessoal da enfermagem não, ele brinca, dá risada, conta piada, é..... participa se tem casamento ou não, existe uma reciprocidade, não é uma coisa unilateral, né.*

Nesse mesmo enunciado identifica-se uma relação de sentidos de *falta alguma coisa com eu sou muito pele, contato tête-à-tête com o paciente*. Assim, “Y” estabelece sua identificação com a enfermagem e parece indicar que a aproximação com o outro (paciente) vem de encontro à “falta”. Reafirmando o sentido de aproximação maior ao paciente, “Y” nega essa característica no exercício da medicina e, ao mesmo tempo, explicita que no “inexplicável” de sua escolha não figurava a medicina como opção. Nesse Recorte, “Y” também realiza uma distinção de sentidos entre enfermagem e medicina no que diz respeito à relação que estabelece com o paciente. Parece haver uma relação de sentidos de “contato tête-a-tête” com “envolver-se com

a vida do paciente”. No entanto, o sentido da palavra *reciprocidade* não se encontra explicitado.

Relatando sua participação no tratamento bem sucedido de alguns pacientes, bem como as experiências de relação afetiva que estabeleceu com os mesmos, “Y” coloca:

Recorte 5. (...) *é uma coisa gostosa isso, tem essa coisa que dá uma satisfação interna, tá, não é nem a questão monetária, mas é a satisfação de você poder ter contribuído pra uma pessoa que tá..... já tá sabendo que tá bem, ou mesmo se faleceu ou alguma coisa, a gente compartilha da dor também, a coisa do dar e receber, a coisa da doação, da simbiose, né.*

O efeito de sentido de reciprocidade está contido no enunciado correspondente ao Recorte 5, “contribuir na recuperação do paciente”, “o compartilhar da dor”, têm como contrapartida a satisfação interna, não material. A reciprocidade consiste em *dar e receber*, relação de *simbiose*, de troca. Chama a atenção, porém, o fato de que nesse enunciado as expressões “dar e receber” e “simbiose” apresentam-se intercaladas pela palavra “doação”, que remete a sentidos de dedicação, devoção, mas conectam ao sentido de “falta de alguma coisa” (Recorte 3).

Em dado momento em que tentava explicar a satisfação interna obtida com a realização do trabalho, “Y” refere-se à sua história de vida familiar.

Recorte 6. (...) *minha família nunca foi uma família unida no sentido literal da palavra, então sempre senti falta do toque, eu sempre senti falta do conversar com alguém, de papear com alguém, né, de sair para fazer alguma coisa, então é aquela coisa, aquele sistema*

fechado e castrador, então, de repente você tem ...(pausa).....essa possibilidade, esse leque, foi aí que.....(ocorre uma interrupção da fala)

Neste enunciado, “Y” põe em cena, novamente, uma operação metadiscursiva (*sentido literal da palavra*) que funciona corrigindo por antecipação possíveis erros de interpretação, fixando o sentido em um certo lugar. Também há indicação de relação de sentidos da necessidade de contato físico e afetivo (*contato tête-a-tête, sou muito pele, envolver-se com a vida do paciente, doação, dar e receber, simbiose*), contudo, “Y” não a revela explicitamente, silencia-se antes de concluir sua fala.

Os argumentos de “Y”, contidos no Recorte 7, reforçam a conclusão na direção acima assinalada, “ser útil a alguém é importante para sentir-se gente”. Situa-se também nesse enunciado a relação de sentidos de “satisfação pessoal” e o preenchimento da “falta”.

Recorte 7. (...) *o convívio com outras pessoas me faz bem, e saber que eu fui útil pra alguém é muito importante prá mim, prá sentir como gente sente, é..... uma coisa assim muito mais é..... é tão gostoso se ver a pessoa chegar assim, vem com um sorriso estampado no rosto.*

Nos Recortes abaixo, “Y” fala da dificuldade de delimitar o campo de ação dos diversos agentes de enfermagem.

Recorte 8. (...) *a nossa linha é muito tênue e uma invade na outra, então, então fica aquela coisa da..... da... auxiliar parecendo ser uma enfermeira que assume por ter mais experiência em algumas coisas, né,*

Inserindo em seu discurso um enunciador específico (auxiliar), “Y”, em estilo narrativa impessoal, indica a possibilidade de a auxiliar assumir o papel de enfermeira por ter mais experiência.

Recorte 9. *(....) como novata na época, né, eu tive assim que ser muito humilde prá chegar prá pessoa e falar assim: “ó, eu não sei, me ensina?”, tem gente que te ensinava, tem as outras pessoas que não te ensinava e muitas vezes não eram suas colegas,e cê aprendia junto com o auxiliar e com técnico, ou mesmo até com o atendente de enfermagem.*

Neste Recorte, “Y” indica um sentido de aprender a ser enfermeiro com outros agentes de enfermagem, não com as próprias colegas. Nessa mesma direção, o enunciado contido no Recorte anterior parece apresentar inter-relação: a auxiliar assume o papel de enfermeira quando ensina outra enfermeira. Reportando-se a este fato, “Y” enuncia:

Recorte 10. *É uma coisa meio delicada essa questão do profissional, não desmerecendo os outros profissionais, mas para nós como enfermeiros é uma coisa muito..... perigosa..... essa visão, porque a gente, é gozado em vez de a gente se unir, a enfermagem se unir como um todo, não ela parece que..... é é..... que nem briga de mulher quando quer um namorado (risos)*

Falando da não cooperação e da falta de união entre enfermeiros, “Y” estabelece relação desse comportamento com “briga de mulher disputando um namorado”, que revela o modo de interpretação de “Y” diante da falta de união.

O Recorte 11 contém o enunciado de “Y” referente ao conflito entre médico e enfermeiro, o poder de um sobre o outro:

Recorte 11. *Primeira coisa é a guerra entre os profissionais liberais, ou seja, médico versus enfermeiro, tá, ainda tem uma rixa muito grande em cima disso, viu, tá,..... existe uma rixa. (...) ai, ai, ai, é um osso duro de roer, viu, porque se briga..... “não, é do meu jeito, vai ser do meu jeito e ponto final!” não admite, não tem outro, não existe é 8 ou 80, não existe meio termo.*

Reportando-se à questão do poder médico, “Y” exemplifica por meio de sua prática, uma determinada situação, quando passou a assumir o cargo de coordenadora de uma unidade de pronto atendimento:

Recorte 12. *(...) bom, atualmente eu ainda encontro isso, por ter cargo de coordenador, tá, muitas vezes perguntam: “Você é médico?” quando eu falo: “Não, eu sou enfermeira, eu sou coordenadora daqui do posto.” “Ah! me chame o médico, eu quero falar com ele.” “Mas eu tô falando no lugar dele (risos) eu tô passando tudo aquilo que tá anotado na ficha”, “Não, eu quero falar com ele” quer dizer, a minha palavra muitas vezes não vale (risos) porcaria nenhuma, pra não dizer outra coisa,tá, então isso é uma dificuldade muito grande, tá, de você se impor como um profissionalque fez faculdade que nem ele, que pode ter um pouco mais de experiência que ele, e isso se dá pelo fato de ele ser médico e ter o título de doutor mas até aí,..... eu sou enfermeira, posso não ter o título de doutor se eu (risos) não fizer a pós-graduação, mas pelo menos eu tenho uma bagagem muito maior do que a dele.*

“Mas eu tô falando no lugar dele (risos) eu tô passando tudo aquilo que tá anotado na ficha”. Esse enunciado é ilustrativo da posição que “Y” assume falando como coordenadora do serviço. Trata-se de uma maneira implícita de conferir ao médico essa função e de indicar o movimento que realiza para superar a diferença. Ela assume que fala do lugar que é de outro.

O gesto de interpretação de “Y” é a de explicar a posição social do médico pela designação que recebe, ou seja, doutor.

Ao ser solicitada a explicar a relação de submissão de um profissional frente ao outro, “Y” remete-se à história da enfermagem e enuncia:

Recorte 13. *lililil, isso aí vai lá do tempo da Nightingale (risos) , eu acho que já..... eu acho que eu vou regredir tanto, (risos) eu acho que aquela.....a imagem daquela que sempre foi entre aspas a imagem da subserviência, né, o médico falou pra falar “a”, você faz “a”, entendeu e nunca foi colocado como uma coisa equiparada, que nesse ponto a Nightingale começou a batalhar mais esse lado, né, tentar mostrar pros médicos que $a + b$ é igual a c e não xyz como eles tavam, apregoavam na..... na época (....)*

“Y” relaciona a submissão à *imagem da subserviência* remetendo-se a um período remoto que corresponderia aos primórdios da instituição da enfermagem científica ou moderna. Não se tem a intenção de entrar no mérito da história de enfermagem que “Y” evoca. Trata-se, sim, de identificar o gesto de interpretação implicado no discurso. Este gesto revela a compreensão de uma *submissão sem falha* do sujeito ao discurso (Haroche, 1992:50-51), ou seja, no discurso de “Y” a história faz o sujeito.

Os Recortes 14 e 15 retratam momentos nos quais “Y” reporta-se ao conceito de saúde-doença junto ao paciente.

Recorte 14. *(....) enquanto você tá no hospital, você tá numa caixinha fechada, que você tá lá, você tá cuidando do paciente lá dentro, então você indiretamente você tá dando comida prá ele, você tá dando medicação prá ele, se dá um suporte prá ele, prá ele poder ir embora para casa, (....) porque dentro do hospital ele ainda consegue comer e receber o mínimo de atenção, porque eles têm*

carência, a carência do tato, a carência do abraço, aquela coisa do sentir gente, porque a gen.....

O cuidado do paciente no hospital relaciona-se a “dar comida”, “dar medicação” , “dar suporte”, “dar atenção”, “tratar o paciente como gente”. É interessante retornar aos Recortes 6 e 7 e observar o efeito de sentido neles contidos com os sentidos apresentados no Recorte 14. Na continuidade, “Y” reporta-se ao paciente numa unidade de pronto-socorro:

Recorte 15. *(....) paciente que não tem teto, não tem nada, e só o fato de pegar e falar assim, um pouco mais rispidamente, pegar e falar assim: “Ó, eu não tô tratando você como animal, eu tô tratando você como gente” ele pára de te agredir, ele começa a ter um respeito maior, porque ele usa a agressão prá se proteger, é que nem animal ferido, acuado, e prá onde que eu vou mandar? Onde que eu vou dar banho? Onde que eu vou fazer? Num albergue? (.....) difícil você tentar trabalhar com isso aí, mas aí você tem que fechar seu coração e e..... trabalhar com a razão, ser um pouquinho muito mais..... como o pessoal fala: “como cê é frio prá lidar com as pessoas” mas se não for frio eu que vou ficar sofrendo, ele sofrendo do jeito que é e eu sofrendo pelo jeito que eu sou e que eu tenho que ser e fazer, isso eu acho que é..... a maior neurose que nós temos, que é de tentar, que é a parte do ideal, que a gente é um pouco idealista, muitos tem mais, tem outros que é menos, que é pra..., o emocional vai muito além do racional e tentar fazer o máximo que dá.*

Novamente “Y” vincula o sentido de tratar o paciente como “gente” e inter-relaciona a “agressão” do paciente com “forma de se proteger”. Para lidar com dificuldade decorrente da condição social do paciente, “Y” enuncia: *aí você tem que fechar seu coração e trabalhar com a razão.* Há o

estabelecimento de relação entre “fechar seu coração” e “trabalhar com a razão”. “Y” ainda indica outros sentidos de *neurose* com *idealismo* e *tentar fazer o máximo que dá*.

Recorte 16. *Aí, tem hora que tem hora que eu pego, sento num canto e tenho vontade de chorar (risos) e descabelar mas tem outras horas que eu dou risada e toco numa boa, não é desse jeito? Então tá, vamos tentar do outro, quem sabe do outro..... e vai contornando, mas chega uma hora que dá de frente e a hora que dá de frente: ôôôô, (risos) eu encaro, tem que encarar? Então vamo embora, porque eu acho que se ficar fugindo também não dá certo*

Explicando a sua forma de lidar com os conflitos que vive no trabalho, “Y” indica “vontade de chorar”, “descabelar”, “dar risada”, “tocar numa boa”, mas também “tentar de outro jeito”, “contornar”, “encarar”, “não fugir”.

Diante da diversidade de experiência profissional acumulada, “Y” enuncia:

Recorte 17. *(...) então é... não vou dizer que eu possa tá ser uma enfermeira generalista no real sentido da palavra, mas eu sei que eu enfrento qualquer coisa, o que vier eu traço, acho que é bem por aí.*

Observa-se mais uma vez neste Recorte o controle da polissemia, fixação de sentido, operando no discurso de “Y”: *ser uma enfermeira generalista no real sentido da palavra*. Na seqüência que se segue, “Y” como locutor enquanto pessoa indica a autonomia, liberdade sem limites do sujeito (Haroche, 1992:50-51): *que eu enfrento qualquer coisa, o que vier eu traço*.

Recorte 18. *(....) isso, de certa forma a faculdade fez bem prá mim, prá encarar qualquer coisa, tanto é que “qualquer coisa eu traço” não uma coisa limitada, “Ah! eu não vou fazer isso, não vou fazer aquilo” e não é por aí, só porque você num..... se tá com medo?, tudo bem, todo mundo tem medo, mas se você não engajar naquilo lá você nunca vai nunca vai tirar esse medo de dentro, né, eu acho que vai muito, é aquela coisa da cara e coragem, enfrentar, ir de mala e cuia e bumba, saia da frente e vamo lá pra Deus, é claro com alguns respaldos atrás também, né, também assim de mala e de cuia total, não dá, (risos) mas assim.....*

Neste Recorte, “Y” retoma a expressão *qualquer coisa eu traço*, e indica relação com sentidos veiculados na faculdade, e acrescenta *vai tirar esse medo de dentro, cara e coragem, ir de mala e cuia*, que reforçam o sentido acima assinalado, vontade ilimitada do sujeito. Mais adiante, “Y” complementa: *saia da frente e vamo lá prá Deus* que retoma um sentido apresentado no Recorte 2, *tem o dedinho de alguém lá de cima que quis que eu ficasse, aí entra o dom da coisa*, e indica ir ao encontro da vontade, submeter-se aos desejos de Deus.

Indagada sobre os cuidados em relação à própria saúde, “Y” produz o seguinte enunciado:

Recorte 19. *Não, muitas vezes eu deixo, debilito a minha, a maioria das vezes, eu sempre doei mais do que eu recebi, eu acho que..... tem aquele velho ditado quando você , você vai bem como profissionalmente, geralmente, o outro lado emocional tá sempre capenga, né, (....) tem o momento de depressão que são facilmente trabalháveis se eu começar a pensar racionalmente, né, mas isso porque tive muita coisa, bateadeira por trás, né, bateção de cabeça por trás, né, é terapia, é.... conversar muito com com os colegas,*

é desabafar tudo na hora que tem que desabafar porque se, é aquela coisa eu sempre guardava prá dentro, isso me machucava muito, e agora que eu tô exteriorizando mais eu tô um pouco mais tranqüila, porque eu sei que eu tô fazendo o melhor que eu posso, pelo menos, eu já sei onde vai o meu limite, até onde eu posso ir, (...) Então é..... é..... ainda sofro, por algumas coisas ainda sofro, mas eu sinto melhor agora do que quando eu sentia há mais ou menos 10 anos atrás ou 6, 10, 6 anos atrás, em que eu me martirizava, martirizava, martirizava, como é que posso? Como é que eu posso? Me diga? E sempre..... sempre de.....sempre de..... dando murro em ponta de faca, agora não, eu sou um pouquinho, um pouquinho mais política, vamos dizer assim, um pouquinho mais trabalhável.

A *simbiose*, fazendo uso das palavras de “Y” empregada no Recorte 5, não é plena, *eu sempre doeí mais do que eu recebi*. O lado profissional está *bem* e o emocional *capenga*, os momentos de depressão são *facilmente trabalháveis se eu começar a pensar racionalmente*, a racionalização relacionou-se à *batedeira por trás, bateção de cabeça por trás, terapia, conversar muito com os colegas, desabafar tudo na hora, exteriorizar e ficar mais tranqüila*, reconhecer limites, ser política, ser mais trabalhável.

No mesmo Recorte, reportando a um tempo relativo ao passado, “Y” enuncia: *eu me martirizava, martirizava, martirizava, como é que posso? Como é que eu posso? Me diga? E sempre..... sempre de.....sempre de..... dando murro em ponta de faca (...)*. A palavra *martírio*, tal como se coloca, acompanhada de indagações e pedidos de ajuda a alguém não explicitado, evoca sentido de sofrimento de mártir e parece indicar efeito de sentido desse enunciado com aqueles relativos aos Recortes 2 e 18.

6.3. O DISCURSO DE “L”

No discurso de “L”, em referência à escolha pela enfermagem, identificam-se marcas de sua incursão como locutor enquanto pessoa pelo emprego das formas gerais do paradigma do “eu” que são evidenciados no Recorte abaixo: *eu me decidi fazer enfermagem com 14 anos; e eu tenho claro que o objetivo que eu queria; foi a gota d’água prá eu dizer “É isso mesmo!”; eu decidi pela enfermagem por que em termos de campo de trabalho e ganhar, eu decidi pela enfermagem e fiz os 3 anos do colégio.* Para argumentar na direção favorável à sua escolha, “L” reporta-se a algumas experiências de contato, efeito de sentido, com a enfermagem: a decisão aos 14 anos, um sonho não revelado, o objetivo pretendido: *a coisa do ajudar as pessoas* e o resultado não revelado de um *teste vocacional* que parece ter contemplado a enfermagem em meio a várias outras possibilidades. Contudo, o emprego da expressão *só que* orienta a direção de argumentos em outra direção: *só que a medida prá escolher a profissão foi inclusive a questão de sobrevivência, (...) eu decidi pela enfermagem porque em termos de campo de trabalho e ganhar a vida era mais fácil (...).*

Recorte 1. *Bom, na verdade essa coisa de ter escolhido, faz.....já.....faz.... 22 anos, na verdade, eu me decidi fazer enfermagem com 14 anos, acho que era muito nova prá decidir, tava na oitava série ainda, e... tinha uma amiga que queria muito fazer também e a gente tinha sonhos..... mas assim...o objetivo.....e eu tenho claro o objetivo que eu queria e era a coisa do ajudar as pessoas, que hoje eu avalio meio complicado esse objetivo, e..... também, naquela época, o marido de uma professora de filosofia que é, sei lá se é ou era...acho que deve estar vivo ainda ,*

psicólogo, ele promoveu no colégio um teste vocacional e que eu e minha irmã nós fomos e que foi a gota d'água prá eu dizer "É isso mesmo!", porque saiu um monte de profissão e realmente acho que, hoje eu fico vendo que tem a ver comigo mesmo, só que a medida prá escolher a profissão foi inclusive a questão de sobrevivência, tipo assim eu tinha vontade de fazer a área de muito a área de humanas, mas que na época,..... como a sei lá se era por causa da ditadura, ou a gente não tinha informação mesmo, eu decidi pela enfermagem porque em termos de campo de trabalho e ganhar a vida era mais fácil do que eu gostaria de....do que as outras que eu deixei de lado, exemplo, paleontologia, essas coisas, na época prá mim isso não dava dinheiro e daí eu decidi pela enfermagem (...)

Nota-se que "L" também emprega a expressão *na verdade* ao introduzir seu enunciado, de modo similar à "D", com a finalidade de conferir a confirmação da sua fala: a escolha se deu de uma certa forma e em um dado momento. Nesse Recorte, "L" parece relacionar de alguma forma "fazer enfermagem" com "ajudar as pessoas". Observa-se também que em vários momentos "L" entrecorta o próprio discurso com outros enunciados nos quais, ainda como locutor enquanto pessoa, insere outra perspectiva de enunciação, ou seja, coloca-se em cena marcando posições distintas em relação ao mesmo referente: *na verdade, eu me decidi fazer enfermagem com 14 anos, acho que era muito nova prá decidir,e eu tenho claro o objetivo que eu queria e era a coisa do ajudar as pessoas, que hoje eu avalio meio complicado esse objetivo*. Com essa estratégia o sujeito da enunciação coloca em questão a perspectiva por ele assumida em um momento passado.

O "sonho" de "L" não explicitado anteriormente apresenta-se no Recorte 2 relacionado a *trabalhar com saúde, trabalhar a prevenção*.

Recorte 2. (...) *o meu sonho era trabalhar com a saúde, a saúde, aquela coisa, trabalhar a prevenção, mesmo que isso até eu me formar não era claro que eu queria ir prá saúde pública, que eu queria trabalhar no hospital prá ajudar a tal das pessoas, eu lembro uma vez eu dei uma desabafada, eu falei assim.... "Engraçado eu vim trabalhar nessa profissão porque eu queria trabalhar com saúde mas eu só trabalho com doente"(risos) , né,*

Ao introduzir em seu próprio enunciado a citação textual de um outro enunciado, no qual também se posiciona como locutor enquanto pessoa, "L" identifica uma contradição entre seu discurso e sua prática, ou seja, querer trabalhar com saúde e só trabalhar com doentes.

Recorte 3. *Então, acho que como eu queria...., bom, é muito complicado, né, na verdade eu queira trabalhar prá tá ajudando as pessoas, então quando eu decidi ajudar as pessoas então eu pensava na pessoa doente e não na saúde, é até incoerência, quando eu pensei que eu queria ajudar é porque eu pensava no doente, só que aí.....*

No Recorte 3, "L" evidencia outra contradição entre seu discurso, "queria trabalhar com saúde e pensava na pessoa doente.

No Recorte abaixo, "L" revela, de uma maneira indireta, a relação de sentidos de "querer trabalhar na saúde" e "ensinar saúde no primeiro e segundo graus". O emprego do termo *mesmo* na sequência inicial parece colocar em funcionamento, novamente, a mesma operação de confirmação de que o sujeito fala na posição de locutor enquanto pessoa, que "L" já utilizou anteriormente por meio de outra expressão: *na verdade*. A abordagem indireta à relação de sentidos presente neste Recorte, que "L" não indicou anteriormente, ocorre de modo entrecortado, uma identificação que vai se

representando aos pedaços, de forma fragmentada: *[Porque quando eu me formei mesmo] [o que eu queria trabalhar na área de saúde,] [era para trabalhar em 1º e 2º graus para tá trabalhando essa coisa de entender a doença e como prevenir], [eu tenho a licenciatura, eu queria trabalhar com 1º e 2º grau, trabalhar programas de saúde mas de uma forma super legal]*

Recorte 4. *Porque quando eu me formei mesmo, (faz referência ao entrevistador), eu não queria ir..... eu nunca pensei em ser professora prá formar é... profissionais, o que eu queria trabalhar na área de saúde, porque eu também gosto da área de licenciatura, e tanto que eu fiz, era para trabalhar em 1º e 2º grau para tá trabalhando essa coisa de entender a doença e como prevenir, também nunca realizei isso, eu tenho a licenciatura, eu queria trabalhar com 1º e 2º grau, trabalhar programas de saúde mas de uma forma super legal, eu fiz a carteirinha do MEC, nunca dei aula, e não vou, agora também não quero dar aulas.*

No processo discursivo desenvolvido, “L” aponta efeitos de sentido, dire-se a determinados sentidos e delimita um certo campo de significação que permitiu sua identificação: “Ajudar as pessoas”, “trabalhar com saúde”, “trabalhar na prevenção”, “entender a doença e prevenir”, “ensinar saúde e prevenção de doenças para alunos de primeiro e segundo graus”. Ao abrir espaço de inserir-se especificamente na esfera do ensino, “L” perseguiu a realização desse sentido, mediante sua adequação ao contexto do trabalho em enfermagem.

No entanto, nessa rede de relações, a “enfermagem” encontra-se não somente vinculada a uma certa perspectiva de “ajudar pessoas”, à qual “L”, empregando alguns recursos na organização do processo de enunciação, indica não aderir. Por outro lado, o “fazer enfermagem” no discurso de “L”

também refere um campo de significação relacionado à perspectiva de inserção no mercado de trabalho.

Em outro momento, quando indagada sobre o objetivo de ajudar as pessoas, “L” emite o seguinte enunciado:

Recorte 5. *Sim, porque isso prá mim era.....mas hoje eu reavalio ...porque é engraçado....eu acho assim que a frustração é tão grande que eu sempre lembro porque eu fui prá enfermagem, o objetivo, mas hoje depois de 14 anos de formada, quase 14 anos de formada, eu ainda avalio que esse objetivo.....,mesmo eu ajudando as pessoas, eu não alcancei porque não era bem aquele ajudar, não esse ajudar que eu faço no dia a dia que eu queria fazer, é outra coisa, que eu não sei talvez definir hoje, mas, não é o que eu faço hoje.*

É possível identificar neste enunciado que “L” tenta indicar diferentes possibilidades de sentidos de “ajudar as pessoas”, e realiza distinção entre o “ajudar” contemplado entre seus objetivos quando procurou a enfermagem e o “ajudar” que tem realizado. Contudo, “L” realiza essa distinção negando o que faz (*não esse ajudar que eu faço, não é aquilo, não é o que eu faço hoje*), afirmando outro sentido (*é outra coisa*) que permanece não dito (*que eu não sei talvez definir hoje*).

No discurso, “L” deixa emergir em vários momentos a fala de frustração, de insatisfação em relação ao trabalho que realiza.

Recorte 6. *(.....) hoje, quando eu falo frustrada é porque eu vi, aprendi a ver a saúde, ou o ajudar de uma outra forma, que o ajudar não é só cuidar do doente mas é fazer com que ele não fique doente, e frustrada no geral, porque tem lá suas gratificações, né,*

mas no geral eu não consegui chegar nisso que eu queria, no prevenir.

Ao explicar sua frustração, “L” reporta-se novamente às várias possibilidades de sentido de “ajudar” e reitera o efeito de sentido com *prevenir*. Nota-se que, ao mesmo tempo, “L” omite seu gesto de interpretação em relação ao sentido de “ajudar”, já delimita um certo sentido.

A análise dos Recortes 7 e 8 possibilita identificar que falando do desconhecimento, “L” omite algo que não se revela mas freqüentemente se expressa pela frustração. Dificuldade de realizar o que se propunha, “mudar hábitos”. Assim, frente a essa dificuldade e diante das experiências negativas que acumulou, desenvolvendo ações de educação em saúde, “L” desiste de perseguir.

Recorte 7. *E daí, como eu trabalhei muito tempo com grupo de orientação, apesar de trabalhar já com o doente mas que eu poderia tá prevenindo conseqüências e como é difícil trabalhar com essa coisa de mudanças de hábitos, né, acho que foi frustrando, frustrando,..... e daí eu fui... aí eu queria ir pro centro de saúde, porque o ambulatório não me preencheu, fui com muita gana pro centro de saúde, nossal a frustração foi pior do que se eu tivesse ido pro ambulatório, se eu tivesse continuado, porque aí chegou no centro de saúde, é...acho que teve a coisa da questão pessoal, mas toda essa vontade de querer trabalhar com grupo de orientação, prevenção no centro de saúde, eu não consegui, e hoje eu assumo que não quero trabalhar com grupo de orientação no centro de saúde, eu não tenho mais aquele pique, dá impressão de que”o que é que eu vou falar prá esse povo? né, vou ficar falando à toa?” (risos) Nunca a gente fala à toa, isso é claro, mas assim .. o trabalho, parece queo esforço que você faz..... Eu acho que também foi frustrante, como eu fui com muita sede ao pote, os*

primeiros diabéticos que eu encontrei no centro de saúde foram frustrantíssimo, eu falava...eu me propunha a ensinar a fazer a aplicação mas que ele ficaria lá um tempão comigo prá aprender, não era prá eu ensinar hoje e amanhã ele aprender. Todos sumiram! não apareceu um, mas nem prá consultar, nunca mais vi no centro de saúde, então, assim: “pô, que horrível, né?” E daí, como a coisa já não tava legal, era a gota d’água prá tudo caí... desbarrancar o mundo, eu não fui mais atrás.

Recorte 8. *Então, tem assim, eu acho que.....mais do que a coisa geral, tem a coisa pessoal mesmo, porque...eu não sei....é....não quero ser visionária, mas eu acho que aquela coisa do grupo que eu acreditava eu acho que já tinha que mudar, mas eu não consigo inovar porque aquilo.... a experiência que eu já tive, do que eu já tive acho que já tinha que dar um passo adiante só que por não discutir, ficar naquela vida rotineira, Ah! minha filha, meu neurônio tá morrendo! Não consigo pensar!*

“L” indica a necessidade de mudar, *innovar*, seu modo de agir tendo em vista as experiências adquiridas, mas admite também sua dificuldade. Diante da frustração decorrente das experiências negativas, “L” esquiva-se, evita, afasta-se de novas experiências e de novas tentativas. Nesse sentido, o enunciado de “L”, locutor enquanto pessoa inserido em seu próprio discurso, é bastante ilustrativo: *Ah! minha filha, meu neurônio tá morrendo! Não consigo pensar!*

Em um dos momentos em que “L” explica outras razões de sua frustração, constrói o seguinte enunciado:

Recorte 9. *Outra coisa é ...você não tem uma sala nem uma gaveta prá guardar suas coisas, isso às vezes eu não gosto de falar muito porque dá impressão que é uma justificativa meio perrenga, né, mas*

“você não tem onde guardar suas coisas, você não tem sala, você tá numa sala de repente e você tem que sair porque vem um médico prá atender, é muito pequeno o centro de saúde, e eu fui me acostumando com isso, agora....Ah! tem que sair, ah! então vamos sair, né, antes eu não me adaptava, eu ficava nerva, “pô, onde é que eu vou sentar?” ,né, e... agora não, então, na verdade eu não sei se é frustração ou se é uma acomodação, “Ah! tanto faz!”

Relatando a falta de espaço físico para desenvolver adequadamente seu trabalho e a mudança de atitude pessoal em relação a esse tipo de dificuldade, “L” retoma a frustração e admite, novamente empregando uma operação de confirmação (*na verdade*) na perspectiva já indicada anteriormente, a possibilidade de estar empregando-a em lugar de acomodação: *na verdade eu não sei se é frustração ou se é uma acomodação, “Ah! tanto faz!”*

Recorte 10. *Mas sabe o que eu me sinto legal fazendo? Procedimento de auxiliar. Se falarem assim, “não tem auxiliar hoje prá ficar na tal de sala da enfermagem”, que faz curativo, inalação, medicação, “me deixa lá, nossa!” Se aquele dia eu trabalho 4 horas lá fazendo isso eu volto feliz pra casa. Aí eu fico pensando assim, “pô (auto-referência), você chorava tanto nos seus estágios de fundamentos, mas é o que mais te realiza, viu? porque as outras eu acho que foi tudo ilusão, sei lá”.*

Neste Recorte, “L” revela a satisfação de desenvolver um conjunto de atividades técnicas denominadas como procedimentos de enfermagem, que “L” discrimina e nomeia como procedimento de auxiliar. Na divisão técnica do trabalho de enfermagem (Almeida & Rocha, 1986:77-80), os procedimentos manuais tais como os mencionados no Recorte acima constituem atribuições específicas de outros agentes da enfermagem, os

auxiliares e técnicos, que são genericamente denominados de pessoal auxiliar.

No processo de enunciação, “L” ressalta sua satisfação em executar tais atividades por meio do enunciado *“me deixa lá, nossa!”*, no qual se representa como locutor enquanto pessoa e emprega a interjeição *nossa!*, que provavelmente refere-se a uma forma popular e abreviada de “Nossa Senhora!”, expressão de origem religiosa geralmente empregada em reforço a um sentido de agradecimento tal como “Graças a Deus!”⁹

Na última seqüência do Recorte 10, ainda falando de sua satisfação, “L” estabelece efeito de sentido com uma disciplina do curso de graduação em enfermagem, cujo objetivo central é o ensino de procedimentos técnicos.

Em seguida, ao ser questionada sobre as razões desse sentimento de satisfação, “L” enuncia:

Recorte 11. *Porque eu faço um monte de coisas, porque fico dando uma de tarefeira, ou então é onde eu tenho um tempo às vezes, dependendo do procedimento, um tempo maior pra tá cuidando do paciente, dando sei lá a tal de assistência global ao paciente, sei lá, não dá muito, mas.... num curativo, você vai conversando com o paciente, você vai relacionando as coisas, você vai podendo orientar, e a coisa de conversar com o paciente, paciente que também eu só tenho que fazer procedimento eu não gosto, eu tenho que conversar.....*

⁹ Essa suposição fundamenta-se na discussão desenvolvida por Guimarães, 1987:81-89, a propósito da incorporação de expressões de fundo religiosa na linguagem popular.

Há indicação nesse Recorte de dois *gestos de interpretação* (Orlandi, 1996:84) de “L” ao explicar sua identificação com a execução de tais procedimentos: gostar de ser *tarefeira* ou por estar “cuidando do paciente”. Em relação ao cuidar, “L” veicula relação com realizar um procedimento (o curativo), orientar, conversar e, até em certo sentido, dar assistência global ao paciente. O emprego da expressão *a tal de* indica uma operação metadiscursiva de restrição de sentido, de antecipadamente evitar erro de interpretação (Maingueneau, 1989: 93-94), modo de “L” marcar referência ao uso da expressão no discurso veiculado pela escola (oferecer assistência integral ao paciente). O uso do termo *tarefeira* parece estar relacionando entidos com “procedimento de auxiliar” (Recorte 10), ser *tarefeira*, executar procedimento de auxiliar. A identificação de “L” com a execução de “procedimento de auxiliar” parece representar uma maneira de ser enfermeira ocupando a função de auxiliar. O último enunciado de “L” indica o efeito de entidos de “conversar” e “inter-relação pessoal”.

Retomando mais uma vez a fala de frustração quando se reporta à experiência de trabalho em uma enfermaria, um ambulatório e em um centro de saúde, “L” enuncia:

Recorte 12. (...) *num hospital você vê..... o mundo é só ali, o paciente é só ali, você esquece que ele tem outro mundo (...)*

Em um momento posterior, “L” dá prosseguimento ao trabalho realizado no hospital.

Recorte 13. (.....) *porque eu ficava com o paciente, eu via ele melhorar e dava alta, mas que não era só da minha alçada,*

independente se era uma equipe ou não, acontecia isso, você via uma certa gratificação,(....)

Falando do trabalho no hospital, num setor de internação, “L” reporta-se a um campo de trabalho no qual o limite da ação está dado pelas próprias características e função da instituição hospitalar (*o mundo é só ali, o paciente é só ali, você esquece que ele tem outro mundo*) que possibilita o acompanhamento direto e contínuo da progressão do estado de saúde do paciente (*porque eu ficava com o paciente, eu via ele melhorar e dava alta*) e isso abre a possibilidade de o profissional sentir-se gratificado, receber a retroalimentação do trabalho realizado de forma mais imediata (*você via uma certa gratificação*).

Recorte 14. (...) *no ambulatório não tinha isso, porque é.....a clientela, né, é muito rotativa, então um dia você vê o paciente outro dia você não vê, ou então a cada momento é um paciente diferente mesmo aqueles que tavam no grupo o grupo, que eu mais gostava, que era o de (designação de um grupo de orientação que realizava) eu não dava continuidade, eu só via aquele paciente uma vez na vida e nunca mais via, e aí dava frustração..... porque eu falava assim “pô, orientei, como é que eu avalio o que eu ele...” Primeiro que eu sabia que num dia de 2 horas, paciente em jejum pra colher sangue, ele não vai entender lhufas o que você tava falando, tava na cara que não, concorda? E depois eu nunca mais via prá saber se realmente dava prá dar algum acompanhamento prá ele. O de (designação de outro grupo de orientação) até era mais.... mas aí a coisa se tornava rotineira e daí me dava uma cansação, minha filha, tudo que me....que fica muito rotineiro vai me dando um tédio...e daí não deu conta, não deu conta.*

Nesse Recorte, “L” já sinaliza uma distinção entre o trabalho numa enfermaria e aquele realizado num ambulatório. A falta de continuidade, a dificuldade de avaliar o trabalho desenvolvido, a rotatividade de paciente, o tédio e o cansaço gerados pela ação repetitiva.

Recorte 15. *E no C.S. (centro de saúde) é assim, num dia você orienta o paciente, você nunca mais vê o paciente, aí, de repente o paciente volta e você não lembra mais dele, né, uma coisa assim de ter uma coisa maisfixa, e talvez o me..... essa coisa de não querer mais fazer grupo de orientação, talvez Freud explique, é medo de que aconteça tudo isso de novo e eu não tô a fim.*

Em referência ao trabalho no centro de saúde “L” ainda acrescenta em outros momentos:

Recorte 16. *(...) e num C.S. você tem que dar conta de 4 bairrose isso me apavorou, viu (referência ao entrevistador), me apavorou.*

Observa-se que, ao se reportar ao trabalho no centro de saúde, “L” indica uma ampliação do campo de atuação e a necessidade de *ter uma coisa maisfixa* (falando de sentido outro, “L” retorna ao mesmo sentido: necessidade de estabilidade de sentidos). Além disso, indica um efeito de sentido com o trabalho realizado no ambulatório no que diz respeito às ações educativas e explicita seu *medo* de que a experiência negativa se repita.

É nesse contexto que se situa o enunciado contido no Recorte 17 e complementado pelo Recorte 18.

Recorte 17. *Eu gostaria tanto de ...tipo começar com uma coisa e terminar com a coisa e eu não consigo isso.*

A despeito dos enunciados anteriores, “L” chama para si, como ocutor enquanto pessoa (*eu não consigo isso*) a dificuldade de iniciar, desenvolver e terminar uma ação.

Recorte 18. *Talvez eu seja um pouco..... eu goste de ser detentora mesmo do saber, porque eu gostaria de fazer a coisa e acompanhar, me entedia pensar que eu comece a coisa e o outro profissional continue e eu tenha que supervisionar, eu não sou muito..... isso me faz entrar em crise, “será que você tá errada ou você tá certa?” porque se eu co.....eu acho que se eu comecei alguma coisa..... tudo bem que eu não dou conta de tudo, isso eu tenho que assumir, eu não dou conta de tudo mesmo, mas eu.....*

No Recorte 18, a fala da não continuidade da ação, em decorrência a relação de sentidos estabelecida, *me entedia pensar que eu comece a coisa o outro profissional continue e eu tenha que supervisionar*, parece caminhar o enunciado em direção à um sentido de fragmentação do processo de trabalho e da alienação dela decorrente. “L” explica essa dificuldade pessoal enunciando: *Talvez eu seja um pouco..... eu goste de ser detentora mesmo do saber*. É interessante o emprego da expressão, *detentora mesmo do saber*, dentro da linha de argumentação que “L” desenvolve, considerando que, na divisão social do processo de trabalho que opera na enfermagem, o monopólio do saber concentra-se nas mãos da enfermeira, mediante processo de legitimação no qual a escola desempenha função predominante. À enfermeira cabe realizar o trabalho mais intelectual e delegar a outros agentes a execução do trabalho manual cujo controle se realiza mediante sua supervisão (Almeida & Rocha, 1986:77-80). Estranha-se

o emprego dessa expressão no discurso de “L” em função de que, pelo menos do ponto de vista teórico, a enfermeira é a legítima detentora desse saber.

Em vários momentos, “L” reporta-se ao cansaço provocado por um fazer repetitivo, rotineiro e indica necessidade de mudança (Recorte 19), inovação, dar um passo adiante (Recorte 8), mas não explicita o sentido dessa ação.

Recorte 19. *(....) entrando de novo naquilo que eu falei, de começar uma coisa, ter um meio, ter um fim, mas não uma coisa assim rotineira que só repete, repete, tinha que ter algumas mudanças, né,*

Recorte 20. *Uma coisa que eu acho que nós não fazemos na enfermagem, apesar de a gente dar jeito pra tudo, de resolver o problema de tudo e que a gente sempre arranja um jeito prá resolver as coisas, a gente não cria..... eu acho que assim que falta..... a gente não cria, a gente é muito cheio de técnica e a gente fica muito restrito no poder fazer, criar alguma coisa,sei lá,..... inventar..... Agora, isso eu não sei se é uma característica minha que não dá certo com a enfermagem ou se é porque a enfermagem realmente é daquele jeito e não dá prá criar, não sei se você entendeu, porque ela é muito cheia de técnicas, detalhes e tem que ser daquele jeito, se você mudar um pouquinho, o bichinho vai entrar no buraco errado, sabe aquelas coisas assim, e é muito ...mesmo que eu não levemesmo que eu tenha abolido entre aspas que as técnicas, se eu fizer corretamente, levando em consideração o princípio da não contaminação não sei o quê, isso não é muito grande perto do que eu posso tá criando com uma outra coisa, por exemplo, o que eu gostava de fazer nos grupos a parte que eu mais gostei nos grupos de orientação de diabéticos não foi orientar os pacientes, apesar de eu querer fazer isso, foi sentar e elaborar as coisas.*

O Recorte 20 parece auxiliar na compreensão do enunciado relativo ao domínio do saber contido no Recorte 18. “L”, enquanto locutor pessoa do mundo, enuncia: *apesar de a gente dar jeito prá tudo, de resolver o problema de tudo e que a gente sempre arranja um jeito prá resolver as coisas, a gente não cria, a gente é muito cheio de técnica e a gente fica muito restrito no poder fazer, criar alguma coisa,sei lá,..... inventar.....* Os sentidos de trabalho repetitivo, rotineiro e de necessidade de mudança, inovação encontram ressonância nesse enunciado. Outros sentidos são empregados: as enfermeiras resolvem tudo, as enfermeiras não criam nada. “L” lança como explicação desse comportamento o uso de “técnicas”.

Na seqüência, “L” fala da prática de enfermagem que não concede espaço para a criação: *porque ela é muito cheia de técnicas, detalhes e tem que ser daquele jeito, se você mudar um pouquinho, o bichinho vai entrar no buraco errado, sabe, aquelas coisas assim*, e indica possibilidade de criação, elaboração, em outra direção: *a parte que eu mais gostei nos grupos de orientação de diabéticos não foi orientar os pacientes, apesar de eu querer fazer isso, foi sentar e elaborar as coisas*.

A retomada neste momento de uma seqüência contida no Recorte 8 possibilita a compreensão da relação de sentidos que “L” acaba por realizar: *só que por não discutir, ficar naquela vida rotineira, Ah! minha filha, meu neurônio tá morrendo! Não consigo pensar! Mudar, inovar, criar, inventar, elaborar, pensar*.

Nota-se que quando “L” fala da falta de continuidade de trabalho (ter começo, meio e fim) reportava-se não à divisão técnica ou social do trabalho

de enfermagem, mas à fragmentação na própria ação, na qual o pensar é inventar, criar, elaborar, mudar, inovar, e o fazer é repetir.

Ao falar da concepção de saúde, “L” indica distinção na posição de enunciação. Coloca-se como locutor, enquanto pessoa, para referir-se à concepção pessoal, reconhecer limites, evitar o *stress*, (*Saúde hoje pra mim é, saúde hoje pra mim é: eu tenho que dar conta do que me é possível, eu não tenho que ficar estressada se não dei conta de coisas que não deu prá fazer naquele momento e que eu.....*) e emprega o locutor enquanto pessoa do mundo, indicando efeito de sentido com a formação em enfermagem: *a gente enquanto enfermeira a gente é formada pra dar conta de tudo, a gente tem que dar conta de tudo*, no mesmo sentido contido no Recorte 20.

Recorte 21. *Saúde hoje prá mim é, a gente enquanto enfermeira a gente é formada prá dar conta de tudo, a gente tem que dar conta de tudo, saúde hoje pra mim é: eu tenho que dar conta do que me é possível, eu não tenho que ficar estressada se não dei conta de coisas que não deu prá fazer naquele momento e que eu.....*

Recorte 22. *Deu pra fazer, deu, não deu..... vai fazer mal pra alguém? Vai? Então resolve. Não vai? Amanhã espera e você faz. E procurar coisas mesmo prá fazer fora. Mas isso era filosofia antes, tem que fazer, tem que ter profissão, coisas fora prá.....*

Observa-se que “L” indica no Recorte 21 uma relação de sentidos entre a formação e o “dar conta de tudo”. No Recorte 22, estabelece-se a relação de sentidos entre “reconhecer limites” e “dar conta de tudo” e acrescenta *procurar coisas mesmo prá fazer fora*.

Durante a entrevista, “L” relata sua experiência pessoal com a prática de filosofias e tratamentos interligados à medicina chinesa, não

disponíveis de modo generalizado nos serviços de saúde. Ela busca, desse modo, a possibilidade de outros sentidos de saúde, sentidos que são dominantes no interior de outra formação discursiva.

Recorte 23. *(...) eu me trato com isso, homeopatia, faço os meu Tai-ichi, acredito que não acreditava mas nem que a vaca tossisse nessa coisa de energia, “imagina!, o que que é isso”. E daí fui pro Tai-ichi... a primeira vez que eu entrei pro Tai-ichi, não dei conta, saí, nem dei as caras..... nem fui falar com o professor porque eu não fiquei. 3 meses e não dei conta da coisa aí, depois de um crisão..... daí agora é.....o... a experiência da energia mesmo, agora eu acredito.*

No Recorte 23, “L” estabelece relação de sentidos dessa experiência pessoal com o próprio trabalho e novamente ressalta a frustração por *agüentar aquilo, enfermagem*. Nota-se que com o emprego do pronome demonstrativo “aquilo”, neste caso, promove um efeito de distanciamento do locutor ao referente do discurso, a enfermagem.

Recorte 23. *Agora, perto do que falam eu podia ser muito mais serena, mas eu não consigo, por causa acho que de alguma coisa frustrante mesmo que tá incomodando, mas é isso, as duas coisas que me sustentam pra agüentar aquilo, enfermagem.*

No tocante à concepção de saúde-doença em relação ao cliente, “L” enuncia:

Recorte 24. *Eu fico super dividida, me angustia, porque a medicina tradicional que eu sempre acreditei ela anda me questionando agora, só que eu tô lá no serviço de saúde que segue a medicina tradicional, quando eu me sinto à vontade eu defendo ainda aquilo que é preconizado, mas se um nunca..... se a pessoa é*

daquelas que procura outras coisas, tipo sei lá, se ela comenta que ela foi se bem que é difícil essas coisas, mas por exemplo “Ah! faço tratamento homeopático” aí eu dou estímulo, mas se ninguém toca no assunto a minha orientação é igualzinha a que eu sempre aprendi (.....)

Diante da experiência pessoal com outras terapias, “L” relata utilizar outro sentido de tratamento quando percebe o movimento de abertura a outros sentidos por parte do paciente, indica efeito de sentido com “angústia”, “divisão” diante desse conflito. Opera-se em “L”, de fato, uma divisão entre o faz para si própria e o que faz aos outros, aos pacientes.

6.4. O DISCURSO DE “A”

Recorte 1. *Eu acho que, como a maioria, né, minha opção não era enfermagem, eu prestei medicina, acho que duas vezes, levei pau, entrei na enferma..... entrei na enfermagem em 84 com a visão e o caminho de que no segundo ano, naquela época dava pra fazer isso, tinha uma prova no nosso 2º ano que a gente prestava e passava pra medicina e eliminava matérias.*

Ao referir-se ao processo de aproximação ao curso de enfermagem “A”, organiza o enunciado, posicionando-se como locutor enquanto pessoa e indica que a enfermagem não era sua escolha mas representou, em dado momento, uma via, alternativa ao vestibular, de acesso à medicina. No processo de enunciação, “A” representa-se como locutor enquanto pessoa do mundo, locutor genérico, utilizando, para tanto, as expressões *a maioria* (das pessoas que entram na enfermagem), incluindo-se na maioria com o *a gente* para indicar que se tratava de um comportamento generalizado.

Na sequência, “A” explicita duas experiências anteriores que permitiram efeitos de sentido em relação à enfermagem: o convívio com o trabalho realizado na medicina, o contato com a prática de enfermagem, o Projeto Rondon.

Recorte 2. *Aí, aconteceu um negócio interessante, eu.... , porque o nosso 1º ano lá na Santa Casa, lá na cidade, a gente convivia com o pessoal da medicina e eu comecei a ver e olhar e ver o hospital e ver o que eles faziam e algumas aulas..... os docentes da medicina davam prá gente e tal, aí, eu comecei a questionar o que realmente eu queria, queria ser assim, médica, ou ser algum..... outro profissional, e aí eu comecei a gostar do que eu tava fazendo e vi que tava voltado mais pro indivíduo, não prá doença, e era isso que eu queria e aí eu continuei. Uma das coisas que me fez realmente continuar o curso, foi o Projeto Rondon no 3º ano, foi meio pauleira, teve mil problemas, teve..... a gente fechou o Projeto Rondon, mas me fez ver que oo o máximo que eu podia é..... podia ajudar uma pessoa em relação à doença, porque enfermeiro não cuida só da doença, cuida da parte social, familiar, tem um âmbito muito maior do que as pessoas imaginam. Então, o mínimo que eu podia fazer prá ajudar uma pessoa ia ser o máximo, às vezes, prá uma pessoa, então eu resolvi continuar.*

É possível identificar, também, que “A” explicita alguns sentidos de enfermagem: enfermagem está voltada para o indivíduo e não para a doença; ajuda a pessoa em relação à doença; enfermagem *não cuida só da doença, cuida da parte social, familiar, tem um âmbito muito maior do que as pessoas imaginam*. O emprego da expressão *maior do que as pessoas imaginam*, indica a operação de um mecanismo de antecipação (Orlandi, 1987:126-127) que faz remeter a outros enunciadores o lugar social que “A” atribui à

enfermagem. Da perspectiva de um enunciador genérico, “A” atribui palavras “suas” a outros sujeitos.

Em um momento posterior na progressão do discurso de “A” estabelece-se efeito de sentido de enfermagem indicado no Recorte 2. “Ser ouvinte”, “participativa”, “ter interação pessoal”, “familiar”, “ter paciência”.

Recorte 3. (...) *eu acredito, que se eu tivesse encarado medicina eu acho que eu ia tá tão desgostosa porque existe um limite, medicina, se você começa entrar pra esse lado você é discriminado profissionalmente, e no nosso lá..... e sendo enfermeira não, eu me encaixei super bem, você tem que ser ouvinte, tem que ser participativa, se tem que ter uma interação pessoal, familiar, eu te..... eu tenho uma paciência enorme, gosto muito de interagir com as pessoas, sabe de você..... o mínimo, máximo que você, o mínimo que você acha que tá contribuindo prá uma pessoa, puxa!, às vezes é..... é o empurrão que ela tá precisando e nesse est..... e dessa forma eu vejo a profissão, a enfermagem né,(...)*

Frente às experiências profissionais e o ambiente competitivo que existe no trabalho, “A” coloca:

Recorte 4. (...) *porque o reconhecimento que a gente tem é de ver que seu trabalho tem resultado, reconhecimento profissional é da entidade, da instituição, você não tem, então a gente acaba se apegando a esse tipo de reconhecimento de ver que o paciente saiu, que você..... você teve uma intervenção e que essa intervenção foi adequada e você vê que funciona, isso eu acredito, esse tipo de reconhecimento ainda me faz..... ir prá frente, né, mas outros tipos de reconhecimento, infelizmente, não.*

Neste Recorte, “A” indica um efeito de sentido entre “reconhecimento profissional” e “intervenção adequada junto ao paciente”. Esta se confirma pela recuperação do paciente.

Reportando-se à formação que recebeu e às dificuldades que enfrentou no trabalho, “A” enuncia:

Recorte 5. *É..... eu acho que em termos de formação bem teórico, né, a gente lê muito e ainda não leu adequado em relação a trabalho de equipe, eu.....não me lembro na época da faculdade de ter lido alguma coisa em relação a inter-relação pessoal prá que você aprenda a trabalhar em equipe, quais são..., a leitura e o estímulo prá gente fazer isso porque, através de experiências que a gente consegue trabalhar em equipe, mas também acho que é muito pessoal, né, e se você quer trabalhar em equipe, você vai se esforçar e vai procurar saber o que você tem que mudar como pessoa,(....)*

Neste Recorte, “A” afirma que a formação recebida na escola foi “teórica” e a esta característica relaciona sentidos de “lê muito”, mas não ensina a trabalhar em equipe. Esse aprendizado, segundo “A”, ocorre com as experiências, *mas* enfatiza o “esforço” pessoal, a vontade pessoal de “saber o que mudar como pessoa”.

Recorte 6. *(....) porque você sai da faculdade, pelo menos eu saí, com aquela visão de “A enfermeira é líder!” “A enfermeira é líder?” então eu já saí com aquela visão de que eu sou mandona, “Eu vou mandar, eu vou fazer isso,” quando você chega lá e aí vê que não é isso, que você vai lidar com seres humanos, que tem problemas sociais, econômicos e familiares que você talvez não tenha, e como é que você vai lidar com isso? Prá você trabalhar em equipe, você tem que dividir tudo, inclusive os problemas, e tem que ser*

aque..... acaba sendo, né, a enfermeira é aquele filtro que é o equilíbrio, ou a enfermeira tem equilíbrio e a equipe se harmoniza a vai numa boa ou então, se não tem equilíbrio, vira um inferno na torre, é um desgaste pra todo mundo, e eu acho que é pessoal porque, se você quer trabalhar em equipe com os outros profissionais, pessoal da nutrição, do laboratório, a parte médica, você tem que ter postura, se você não tiver postura você não consegue, agora, com os demais é questão de você abrir mão e falar assim: "Olha, eu eu sou dessa parte, mas eu dependo de você, eu preciso de você e....." ter uma relação interpessoal, entre as pessoas, se você não tiver isso não tem equipe.

"A" insere em seu discurso um enunciado que atribui à escola : *A enfermeira é líder!*, que indica efeito de sentido de "ser mandona", conforme se observa no Recorte acima. Novamente "A" retoma o aprendizado da relação interpessoal que se dá pela experiência prática e, ao mesmo tempo, aponta outros efeitos de sentidos entre "trabalhar em equipe" e "dividir tudo" e de "enfermeira" e "equilíbrio", "filtro". Com o enunciado: *e eu acho que é pessoal porque, se você quer trabalhar em equipe com os outros profissionais, pessoal da nutrição, do laboratório, a parte médica, você tem que ter postura, se você não tiver postura você não consegue*, enfatiza a dimensão pessoal para o trabalho em equipe e associa um outro sentido, *ter postura*.

Ao ser incentivada a esclarecer o sentido de postura, "A" relata:

Recorte 7. *Aaaaaah! De mostrar pra eles que você é um profissional que sabe muito bem o que você tá falando, tem que ter aquela..... confiança em você mesma como profissional alí, "Eu sou a enfermeira, sou a responsável", de não ter medode fazer as colocações devidas, de se colocar como "eu sou a responsável por isso também, vamos dividir o problema aqui", né, de*

virar prá um docente, virar e falar assim: "Olha, tá errado isso, o senhor não pode fazer isso, aqui tem regras, existem disciplinas que precisam ser seguidas, não é a casa da sogra!" é esse tipo de postura, de você colocar o limite desse profissional, eles testam muito a gente, principalmente quando a gente é nova, né, mas eles testam muito, se você consegue mostrar prá eles que você é uma profissional, sabe muito bem o que você tem que fazer, que o seu limite é esse e o dele passar a ser aquele, entendeu? Que ele não manda em toda a equipe, que ele não manda naquele pedaço, que cada um tem seu lado e sua responsabilidade, pronto, acaba se encaixando, tem-se o respeito, e funciona tudo bem.....

A "postura" neste Recorte relaciona-se a sentido de auto-confiança (*confiança em você mesma como profissional*), "saber o que tem que fazer" e de estabelecimento de *limites profissionais*.

Recorte 8. (...) *tem gente que acha que a equipe de enfermagem é empregada, que tá lá prá fazer os desejos, e todas as coisas que a equipe médica deseja e não é por aí, acho, isso que eu acho muito legal do..... do hospital escola, que cada um tem seu limite e você aprende a fazer essas colocações mesmo aqui dentro, então quando você sai, você já sai com um jogo de cintura, né, pra fazer isso com os demais profissionais. Porque antes de eu entrar aqui no hospital, eu tive que fazer isso, num hospital privado, recém - formada, com médico de 20 anos te chamando de menina "Ô menina! Ai, esse povo que forma na UNICAMP tem essas manias!" , desse jeito, você tem que ter jogo de cintura (risos), aprende, (risos) leva umas bordoadas (risos).*

No início desse Recorte, "A" insere um enunciador genérico (*tem gente*) no discurso e atribui a esse sujeito um discurso que veicula um sentido de enfermagem como *empregada, que tá lá prá fazer os desejos, e todas as coisas que a equipe médica deseja (...)*. É a fala da submissão contida no

discurso de “A”. Fazendo referência ao hospital escola, “A” expressa alguns efeitos de sentido com aprender a colocar *limites* e também aprender a ter *jogo de cintura*. Um outro efeito de sentido está indicado: *levar bordoadas e aprender*.

Recorte 9. (.....) *você tem que gostar muito do que você faz, porque financeiramente não é bem remunerado, não existe reconhecimento profissional, então, ou você faz porque você gosta de tá acordando cedo, de madrugada, ou à tarde ou à noite, né, prá vim pro hospital e cuidar de pessoas que vão tá bem piores do que.... do que você, você tem que tá muito bem, você tem que tá no mínimo se divertindo, é isso que eu falo pro pessoal : “ a gente tá aqui é prá trabalhar mas vamos dar risada também”.*

Falando das dificuldades do trabalho, “não é bem remunerado”, “não tem reconhecimento profissional”, “tem que acordar cedo”, “cuidar de alguém que está pior que você”, “A” firma a necessidade de “gostar do que faz” e “estar muito bem” e associa a sentidos de “trabalhar” e “diversão”.

Recorte 10. (.....) *eu cheguei à conclusão que tinha que criar um laço entre os..... os elementos da equipe, mostrando que a gente era como.....comouma pessoa comum, que tinha as piadas na hora certa, né, piada, “Vamos tomar um lanchinho ?, vamos tomar um café?” é criar uma área..... um horário de lazer prá todo mundo, brincar também, sabe, chegar e cutucar: “Pô fulano! Pô, mais esse tênis combinou o máximo com você”, “Ô que jóia!” chegar e..... gozado que a gente acaba adquirindo um vocabulário muito engraçado, né, coitadinho, lindinho, tudo no diminutivo, isso que é engraçado, você sempre diminui as coisas, (risos) mas acaba se tornando engraçado (risos) , você ri muito, conta piada, mesmo no stress de você tentar manter, eu sou uma*

peessoa muito calma, então pra mim é muito fácil manter a calma, e transmitir isso pras pessoas,(....)

“A” insere no discurso sentidos de “criar laços entre a equipe” que remete ao sentido anteriormente referido de “trabalhar em equipe” e “relação interpessoal”, e “mostrar-se como pessoa comum” com “lazer”, “fazer piadas”, “brincar”, “rir” e “transmitir calma às pessoas”. É interessante observar que, ao descrever o clima de trabalho, “A” relata o uso das palavras na forma diminutiva e relaciona tal uso com algo “engraçado”. O uso desse recurso nesse contexto indica uma estratégia, maneira particular de manobrar a própria língua que revela a cumplicidade do locutor (Ferreira, 1993:77). Trata-se de uma forma de linguagem comumente vinculada ao uso na esfera pessoal, não profissional, de adquirir a simpatia ou adesão, e até de operar a sedução de seus interlocutores (os auxiliares). Por meio de sentidos que aparentam intimidade, familiaridade, igualdade nas relações, dissimula-se a hierarquia no trabalho e nega-se o exercício do poder. Com isso, “A” sobrepõe ao “modelo” de líder autoritário, que indica ter recebido da escola, um “outro” modelo que se apresenta como um mesmo sentido dito de outra maneira.

Recorte 11. *Mas, pelo menos ter aquele..... aquele sorriso tranqüilo e legal, chegar, com aquele bom astral. A gente introduziu música, nas enfermarias a gente tem rádio, né, entãoé.... fica engraçado, porque toca aquelas músicas engraçadas se tá dançando no meio do corredor, “Você ficou doida?” “Não, não tô nem aí, tô dançando”, relaxar, né, a enfermaria não é um negócio frio, sombrio, e..... né, parece uma prisão, você entra, fecha a cara, bota teu crachá e “Agora, vamo trabalhar”, não é assim.....(....)*

Neste Recorte, “A” dá prosseguimento à fala contida no Recorte 9 e complementa: “ter sorriso tranquilo e legal”, “bom astral”, “ter música”, “dançar”, “relaxar”, em oposição ao sentido de “enfermaria como negócio sombrio”, “frio”, “prisão”. “A” vai atribuindo sentidos às palavras, estabelecendo uma rede de filiação de sentidos e constituindo, delimitando *sítios de significação* (Orlandi, 1996:64) que dão possibilidade aos *gestos de interpretação*: ser enfermeira é ser líder, ser líder é ter postura, ter postura é ter auto-confiança, é saber estabelecer limites; saber definir limites é não submeter-se, é ter equilíbrio, é ter jogo de cintura, é saber trabalhar em equipe; trabalhar em equipe é dividir, trabalhar em equipe é ter relação interpessoal; ter relação interpessoal é mostrar o lado comum do profissional; o lado comum relaciona-se a lazer, a diversão, a brincar, a dançar, a relaxar, a rir. O lazer, a diversão, a brincadeira, etc., constituem-se formas de oposição à enfermaria sombria, fria, que parece “prisão”. Em relação ao sentido instituído, fixado, “L” tenta abrir um movimento polissêmico, de multiplicidade de sentidos, mas os deslocamentos realizados acabam operando, por filiação, em direção a sentidos de franca oposição. Com aparência de “novo” sentido que funciona por simples oposição, não supera o antigo, apenas o substitui por “um” outro sentido, também fixo.

Ao estímulo para manifestar a percepção de saúde, “A” expõe:

Recorte 12. *Ah! eu acho bem mais complexa do que é abordado, né, eu vejo como um indivíduo, que tá sofrendo de uma determinada moléstia, sei lá, em relação ao que eu tinha de de experiência, né, (especialidade de trabalho), mas que..... que é um indivíduo que gosta de de conversar, que tem família, que tem sentimentos, que existe uma série de preocupações e ansiedades, né, bem maior.*

Recorte 13. *(.....) saúde é um estado de espírito, físico e pessoal, porque se você tiver bem, né, é um estado de espírito, porque relaciona com uma série de sentimentos, que é o indivíduo físico, porque acomete a parte física, né, e pessoal porque é um indivíduo que tem família, tem um..... um ambiente social, tem uma série de expectativas, é bem pessoal.*

“Estar bem” para “A” relaciona-se a “estado de espírito” que se relaciona a “sentimentos” e o âmbito pessoal relaciona-se ao familiar, ao social, a expectativas. Prosseguindo no discurso, “A” indica efeito de sentido de percepção de saúde:

Recorte 14. *(....) acho que de uma filosofia religiosa, diferente da maioria das pessoas, é..... da visão que eu tenho de indivíduo e da visão que eu tenho, minha, pessoal, né, de tá..... com um pensamento assim, que as coisas sempre vão estar boas se você tiver pensando bem. Então, se você tiver feliz as coisas vão aparecer bem, né, a minha..... a minha..... a minha parte religiosa é espírita, né, então a gente tem uma visão bem diferente das coisas, não é só aqui e agora, né, é, mas é de estar aqui fazendo o melhor de você, né, prá você ter uma elevação espiritual, então eu acho que é daí, olha que deve ser daí,*

Ao mesmo tempo que indica efeito de sentido com *uma filosofia religiosa, espírita*, refere tratar-se de uma visão pessoal, sua própria. Da perspectiva da “filosofia religiosa”, “A” enuncia: *estar aqui fazendo o melhor de você, né, prá você ter uma elevação espiritual*, fazer o melhor de si é obter elevação espiritual. No enunciado *da visão que eu tenho de indivíduo e da visão que eu tenho, minha, pessoal*, “A”, na posição de locutor enquanto pessoa utiliza a expressão *minha pessoal* para indicar distinção entre visão que tem de indivíduo (visão aprendida) e visão pessoal (que lhe é própria),

marcando, por meio dessa estratégia, a posição de sujeito como fonte e origem do discurso e apagando os efeitos de sentidos de seu discurso com outros discursos. Ao final desse Recorte, “A” admite a possibilidade de a “visão pessoal” ter relação com a filosofia espiritual. No mesmo Recorte também se observa um efeito de sentido com discurso de enfermagem contido nos Recortes 2,3 e 4.

Em um momento posterior, “A” retoma a posição de sujeito como origem do discurso: *é pessoal, buscar energias eternas*, para “ir em frente”: *levanta a poeira, sacode a poeira e dá volta por cima*.

Recorte 15. *(....) pessoal também, né, jeito de ser de cada um, busca as energias de..... internas e vai pra frente, tá, e dá pra dar umas baqueadas de vez em quando mas aí você levanta a poeira, sacode a poeira e dá volta por cima.*

Reportando-se a dificuldade à mudanças que observa na enfermagem, face às experiências vividas, “A” coloca:

Recorte 16. *Então, a enfe.....é..... a enfermagem é muito cabeça dura, a partir do momento que existe uma técnica ou um certo procedimento, “Ah! não pode mudar, não pode, não” idéias novas, completamente bloqueadas, aí você precisa ter uma certa persistência, né, eloquência, blá, e mostrar o “a” pelo “b” , “Não, olha, mas se for desse jeito, vai ter benefício prá todo mundo!” aí o pessoal muda de posição.*

Nesse Recorte, “A” relaciona a dificuldade de mudanças ao “bloqueio de idéias novas” e indica, exemplificando, um modo de operar para obter as mudanças: *persistência, eloquência, mostrar o “a” pelo “b”*, que remete a sentidos de conseguir mudanças pela comprovação, mediante

resultado palpável, observável. A expressão *mostrar o “a” pelo “b”* identificada por “A” remete-se à mesma posição, ao mesmo gesto de interpretação do enfermeiro ou da enfermagem, já discutido. A mudança é passível quando se comprova o resultado de modo concreto.

Recorte 17. *“Puxa vida! tem que ter alguma coisa que se faça em conjunto prá quebrar isso”, porque senão, vão ser as gerações que vão entrar e vão sair e vão sentir as mesmas coisa, você entra com o maior gás, aí os anos vão passando, vai caindo o gás, aí você vai vendo que dá murro em ponta de faca, só você que é testa de ferro, aí você é taxada como a rebelde, a isso, a bocuda, a não sei o que lá, é cortada de todos os cargos possíveis de de elevação, né, “Não pode, perigosa!, vai que a gente deixa ela entrar, vai mudar do jeito que ela quer, não pode!” (risos)..... não..... não tem o que dizer.*

Ainda em referência a dificuldades de obtenção de mudanças, a fala de “A”, pelo emprego de expressões de uso popular que se remetem a um certo domínio de significação, *dá murro em ponta de faca* (ação que se repete sem resultados e provoca desgaste), *testa de ferro*, que parece associar-se a sentido de *a rebelde*, *a bocuda*. O bloqueio à ascensão profissional em “A”, a disputa, relacionam-se a sentidos de estratégia empregada para bloquear possibilidades de mudanças.

Recorte 18. *É complicado, a gente tem que ficar com o olho bem atento prá isso porque senão você vai..... e cê acaba sendo assim, como a gente falava, como eu falava, né: “aquela mão-de-obra prá qualquer coisa”, você acaba fazendo assim o que não é..... você acaba fazendo o que é seu, o que não é seu, o que é do outro e vai embora, abraça tudo, da nutrição, da lavanderia, aí você vira e fala: “espera aí, eu tô resolvendo tudo?”*

Inserindo um enunciado em seu próprio discurso, no qual se posiciona como locutor que apresenta o processo de enunciação: *a gente falava, eu falava : “aquela mão-de-obra pra qualquer coisa”*. Entretanto, “A” não se posiciona como o sujeito referido do enunciado. O sujeito é *aquela*, a enfermeira , a outra. Observa-se que o sentido de “mão-de-obra pra qualquer coisa” e “abraçar tudo” remete-se ao mesmo sentido de “resolver tudo”, “dar conta de tudo” empregados no discurso de “L”.

6.5. O DISCURSO DE “I”

O discurso de “I” também nega a opção pela enfermagem e afirma outra preferência, conforme pode se evidenciar no Recorte abaixo.

Recorte 1. *Eu.....mal sabia o que era enfermagem...(risos)eu fiquei sabendo, ...via um amigo meu, do vestibular da UNICAMP,...que me deu o máximo.....de eu me interessar pela área de biológica, né,.... eu fiquei sabendo que tava tendo um segundo vestibular na UNICAMP e a única.....área a única...é não tô sabendo..... éfaculdade da área biológica era enfermagem. Daí eu fui me informar melhor sobre isso, daí eu me informei, resolvi fazer a inscrição, prestei vestibular e entrei, eu pensei: “se eu gostar eu continuo” e(risos) rolou até hoje.*

Considerando-se que a instituição de ensino referida no discurso oferece algumas alternativas na área de ciências biológicas, bem como na área de saúde, além do curso de enfermagem, observa-se que a indicação de “I” de que se tratava de alternativa única de curso nessa área, não tem correspondência com a realidade O que “I” não explicita no enunciado é a relação de sentidos do termo “única” no discurso.

Ao ser questionada em relação a contatos anteriores com a profissão, “I” apresentou um enunciado no qual argumenta a favor do desconhecimento em relação à enfermagem e reafirma novamente seu interesse pela área de biologia.

Recorte 2. *Não conhecia nenhuma enfermeira, nunca tive conhecimento nenhum, não sabia né, das diferenças das qualificações, das atribuições, só fiquei sabendo, né, durante a faculdade mesmo, quando eu entrei, mas não foi porque eu gostava de enfermagem que eu prestei, porque era da área de biológicas mesmo.....*

Em um outro momento, ao reafirmar o desejo por outra área “I” emite um enunciado, observável ao final da seqüência do Recorte 3, que é marcado pela narrativa impessoal: *no final acabou sendo enfermagem.*

Recorte 3. *A minhaa minha área..... era biológicas, biologia.....no final acabou sendo enfermagem.*

O Recorte 4 aponta a mesma direção: “a faculdade de biologia era longe”, “a UNICAMP era mais perto da minha casa”, “não tinha que pagar”, argumentos que falam a favor de uma não escolha.

Recorte 4. *Eu tinha prestado numa faculdade de biologia, só que era muito longe, eu acabei não fazendo, né, e UNICAMP, era perto da minha casa, era uma faculdade estadual, não tinha que pagar.....então por isso que eu acabei prestando.....*

O Recorte 5 contém a fala de “I” relacionada à questão da realização profissional.

Recorte 5. *Acho também questão de valorização salarial tambémnão é diferente das outros profissões, né, esei lá, tô querendo me aperfeiçoar cada vez mais, é uma coisa que tem que correr atrás, né,.....e....tô gostando agora que..... eu tô exercendo é.... a parte assistencial, e...todo dia você tá aprendendo alguma coisa .*

“I” indica nessa fala a identificação com o desempenho de ações assistenciais e estabelece efeito de sentido com *todo dia você tá aprendendo alguma coisa* .

Ao reportar-se à discussão de saúde, “I” estabelece relação desta com condições de trabalho que, por sua vez, se associam a sentidos de “espaço”, “condição material”, “equipe”, “suporte, preparo psicológico”, “saúde e área difícil de trabalhar”.

Recorte 6. *(....) tem a questão de saúde, às vezes você não tem condição prá trabalhar, né,.....(....) É que não te dão condições prá você poder trabalhar, não te dão às vezes..... espaço, né, não só condição material, não te dão equipe legal prá trabalhar,às vezes..... é.....tá fugindo a palavra,.....acho que é esquecimento falho, (risos), condição em geralacho que..... qualquer profissão, né,ainda mais quando você trabalha com saúde, não é só a parte, né, de material e humana e tal é a parte psicológica também, né,que às vezes você tem que tá preparada, né, prá.....preparada, como eu posso falar, preparada psicologicamente, é uma ... a saúde é uma.....uma área difícil de lidar, quer dizer, tem que ter um suporte, como eu trabalhava em psiquiatria, eu acho que eu tô até pensando mais quando eu trabalhava.....você tem que ter um suporte, né, é super complicado.*

No enunciado: *É que não te dão condições prá você poder trabalhar, não te dão às vezes..... espaço, né, não só condição material, não te dão equipe legal prá trabalhar*, “I” não insere marcas de incursão como locutor enquanto pessoa, coloca em cena a figura de um enunciador genérico não explicitado mas identificável pela flexão verbal utilizada (as pessoas, aos quais atribui determinadas ações: *não te dão condições prá você poder trabalhar, não te dão (....) espaço, (....) não te dão equipe*, e, “I” coloca-se na posição de sujeito que recebe a ação de outros. “I” indica também um efeito de sentido em seu discurso: “ter trabalhado em psiquiatria”.

Recorte 7. *Acho que tolvem, tolvem você. Ou você enfrenta isso como um desafio e tenta melhorar e tenta ir atrás, aumentar os conhecimentos,sei lá,..... confirmar, né, mostrar que você pode desempenhar uma função.....você foi preparada prá isso, é lógico que ninguém foi preparada prá fazer tudo, mas você pode é..... centralizar em melhorar sua função, não sei.*

Neste Recorte que se refere às formas de relacionar-se com as dificuldades que enfrenta no trabalho, “I” dá indicação de mais de um sentido (*Ou você enfrenta isso como um desafio e tenta melhorar e tenta ir atrás*), mas permanece no sentido de tomar as dificuldades como *desafio* ao qual veicula sentidos de *tenta melhorar, tentar ir atrás, aumentar os conhecimentos, confirmar, mostrar* a capacidade de *desempenhar uma função, centralizar em melhorar sua função*, sentidos que se remetem à busca de valorização individual pela vontade própria. O emprego da expressão, *não sei*, finalizando a enunciação, marca a incursão do locutor enquanto pessoa e pode estar revelando uma abertura a possibilidades de outros sentidos ou uma marca de

auto-correção do locutor na tentativa de adequar o discurso ao possível de ser dito, no interior de uma dada formação discursiva.

No Recortes 8, “I” analisa a prática desenvolvida pela enfermagem e indica relação de sentidos com o “papel, o atendimento médico”, “medicalista”. Ou seja, a subordinação da enfermagem à prática médica marca-se também na própria apresentação da palavra.

Recorte 8. *Mas assim...acho quemesmo a equipe de enfermagem é muito.....ainda.....é muito submissamuito submissa ao papel do médico, acho que trabalha em função do atendimento médico, não em função ao paciente, à saúde ou doença, em função do atendimento médico, muito medicalista ainda.*

Recorte 9. *(....) fica meio padronizado as atividades de enfermagem, não têm que.....nem que pensar prá fazer, né, muito procedimento, já, não sei.... como colocar em palavra, mas a pessoa só.....executa, né, como se recebesse uma ordem, né, e já soubesse de cor o que tem pra fazer, e de uma forma ou de outra todos são assim.....acho que éé geral.....tem.....é lógico que tem pessoasque não..... que é mais.....que a coisa não se dá assim completamente.*

O efeito de sentido de submissão da enfermagem à prática médica está contida no Recorte 9 com: “padronização”, “fazer sem pensar”, “procedimento”, “executar”, “receber ordem e saber de cor o que fazer”, mas “I” indica que não se trata de comportamento geralmente observado: *é lógico que tem pessoasque não..... que é mais.....que a coisa não se dá assim completamente.* Assim, “I” aponta a possibilidade de outro sentido à enfermagem.

Em um momento seguinte, Recorte 10, “I” confirma, com base na própria experiência, outros sentidos da prática de enfermagem.

Recorte 10. *(....) tem.....na minha equipe, por exemplo, têm pessoas queexecutam , executam não,.....que têm o seu trabalho, na área.....visando a saúde, né, que..... têmo grupo montado, né,..... tô pensando na Fulana e na Sicrana, (profissionais da equipe de enfermagem) né, que não depende do médico, né, e é uma coisa legal que eu acho que.....tem.....tudo a ver com a enfermagem, assim,..... com a partenão com a visão do médico, é independente, é prá ter saúde desligada com a saúde medicalizada, agora tem outros queeu não tô raciocinando aqui.....com certeza tem outros, mas a maioria é se você for pensar é em função do médico, o trabalho se dá em função do que o médico ordena ou em função do quese é esperado, né,.....*

Identifica-se novamente, ao final do Recorte 10, o efeito de sentido de “receber ordem” (Recorte 9), a “ordem do médico” ou de desempenhar-se em função de “algo que se espera”. O sentido fixado, definido, instituído, parte do médico e também de outro lugar.

Ao ser estimulada a falar sobre o cuidado com sua própria saúde, “I” enuncia:

Recorte 10. *(....) é uma pergunta que eu nunca me fiz, (risos) é super complicado (risos).....é uma pergunta que tem que parar prá pensar.....eu acho que.....eu me cuido, não que eu pare prápensareprá, né, tá fazendo alguma coisa em relação a isso.....masassim, a questão (risos)a questão de.....às vezes.... esquecer um pouquinho, né,não sei.....agora até.....mas*

esquecer um pouquinho do trabalho, ter um lazer, acho que eu também tô cuidando da minha saúde, não ficar só bitolada respirando o trabalho, a enfermagem.....pensando em família.....

"I" admite ser um tema complicado e não ter parado para pensar, mas indica efeito de sentido com "esquecer o trabalho", "lazer", "família". Incentivada a falar sobre a relação do trabalho com a saúde, "I" produz o enunciado abaixo:

Recorte 11. *Ou com minha doença.....(risos) ou pra minha doença(risos) De que forma que pode ser ? Acho que sim.....porque..... de uma ou de outra eu cresço e também.....amadureço em função das coisas que eu vejo, que..... eu faço, muito é..... questão profissional, porque.....não são só 8 horas de trabalho.....mas é um trabalho mais..... que a gente.....os cursos que a gente faz que...não é só da parte técnica, tem a parte de relacionamento, tal, é claro que isso é contribui pro meu crescimento pessoal, acho que isso também.....contribui pra minha saúde, né, no relacionamento com a equipe, é lógico, com o paciente, de..... um modo geral (....)*

Em tom de brincadeira, "I" relaciona o trabalho à "sua doença". Ocorre, nesse momento, uma ruptura de sentidos, mas, de imediato, ela imprime outra direção ao discurso e indica sentidos de "crescimento pessoal" e "amadurecimento associado ao relacionamento com a equipe e com o paciente", "aprofundar conhecimentos". O modo de estabelecer a relação de enfermagem com sua doença, ou seja, o tom jocoso, pode estar indicando uma estratégia dissimulada do locutor para dizer, brincando, um sentido que não pode ser dito de outra forma. Assim, observa-se no discurso de "I", o

emprego de operações metadiscursivas do locutor, que marcam inadequação de termos a um determinado código de referência (Maingueneau, 1989:93-95), ao dizível no interior da formação discursiva : *como eu posso falar, tá fugindo a palavra,.....acho que é esquecimento falho; é uma pergunta que eu nunca me fiz,*. Trata-se de uma posição na qual “I” nega a si o direito à interpretação (Orlandi, 1996:94), tal como o referido ao “sem sentido” do discurso de “D”. O que não sabe ser dito é algo que não significa para o sujeito, está na iminência de “outro” sentido, ainda carente de significado.

No Recorte seguinte, refletindo sobre a concepção de saúde-doença e a prática que desenvolve, “I” coloca:

Recorte 12. *(.....) a gente realmente tá muito mais ligada à parte da doença, às vezes eu paro prá pensar.....quando eu escolhi Saúde Pública, não era bem prá isso prá ficar ligada só na doença e acho que..... acho que isso é importanteacho que..... não é que eu seja recém-formada, mas na área de.....de saúde pública eu sou umanovata, né, etambém na parte deda doença porque eu trabalhei muito com doença mental e agora eu tô na parte mais clínica, né, não sei.....eu também gosto de aprender as coisas eprá mim tá sendo bom porque eu tôtô aprendendo, mas acho que não com..... não condiz com a prática de..... de não ser parte medicalista, né, só tratar a doença..... acho que é contraditórioa minha prática assistencial.*

“I” identifica que, embora o efeito de sentido de trabalhar em saúde pública tenha se dado pela possibilidade de atuar na prevenção, sua prática tem relação com tratar doenças.

6.6. DO PARTICULAR AO GERAL

A análise de discurso dos sujeitos particulares permitiu apreender, pela singularidade no uso da linguagem, uma certa regularidade no modo de funcionamento do discurso de enfermagem. Funcionamento discursivo, na perspectiva adotada, abrange o campo lingüístico e as condições de produção que representam o mecanismo por meio do qual se situam os protagonistas e o objeto do discurso (Orlandi, 1988:23-24), é uma *atividade estruturante de um discurso determinado, por um falante determinado, para um interlocutor determinado, com finalidades específicas* (Orlandi, 1987:125).

Com respeito à opção profissional, identifica-se o predomínio do sentido de não escolha do sujeito, pela indicação de ausência de significação de enfermagem, pelo apagamento do sujeito do discurso, pelo efeito de sentido com casualidade, alternativa secundária ou falta de opção. Assim, o gesto de interpretação desse sujeitos em relação à procura pela profissão encontra-se negado no discurso. Quando parece ter havido uma opção pessoal, esta se encontra remetida ao desejo ou vontade externa ao sujeito, o dom, a vocação, o desejo divino. Por trás da aparência de um sentido outro, o discurso retoma o mesmo sentido. Tratando de uma predestinação, o sujeito apenas cumpriu algo que já estava “dito” por outro, portanto, não houve uma escolha pessoal. A preocupação com a inserção fácil no mercado de trabalho também foi apontada, mas também reforça o mesmo sentido anterior, não se tratou de uma escolha.

Embora a opção pessoal pela profissão esteja negada de modo dominante, os sujeitos aderiram ao discurso e à prática de enfermagem por

meio de inúmeros sentidos: “ajudar”, “cuidar”, “ver”, “conversar”, “envolver-se”, “participar da vida do paciente”, “contribuir”, “compartilhar da dor”, “ser útil”, “doar”, “trabalhar na saúde”, “trabalhar em prevenção”, “ensinar”, “cuidar da doença”, “cuidar da parte social”, “cuidar da parte familiar”. Neste aspecto, a polissemia é plena e abre possibilidades múltiplas de adesão, filiação a sentidos e deslocamentos em várias direções (ajudar ensinando, orientando, cuidando, conversando, relacionando-se, envolvendo-se com a vida da pessoa). O sentido dominante na formação discursiva reside na esfera da relação interpessoal junto ao paciente enquanto indivíduo e objeto privilegiado da ajuda, do cuidado de enfermagem.

O sentido dominante de realização profissional filia-se ao âmbito da gratificação pessoal (o reconhecimento do resultado do trabalho realizado no processo de recuperação do paciente, o reconhecimento do paciente). Nessa mesma direção, o discurso de um sujeito indica a existência de uma relação de troca, reciprocidade e simbiose no movimento de ajuda ao outro. Um sentido outro é apontado: o aprendizado (aquisição de conhecimentos). Por outro lado, o sentido de gratificação material encontra-se excluído do discurso.

Em relação ao discurso e prática de saúde voltados aos próprios sujeitos, observam-se sentidos dispersos: desde ausência de gesto de interpretação do sujeito (falas interditadas) e tratamento de sintomas físicos, até a prática de terapias e filosofias orientais e filosofia espiritual. Estas vinculam-se a sentidos dominantes de outras formações discursivas. No tocante aos sujeitos do cuidado de enfermagem, identifica-se um sentido dominante que imprime à assistência uma orientação voltada ao processo de tratamento da doença. A esse respeito, considera-se que o funcionamento da

escola e das instituições de saúde imprimem um sentido dominante na mesma direção, a doença é o foco de atenção privilegiado, embora a interação com o paciente também seja valorizada pelos sujeitos.

Os sentidos de desvalorização profissional e de submissão ao poder médico são remetidos à fala de outros sujeitos particulares ou à história. Da mesma forma, a crítica à enfermagem insere-se no discurso dos sujeitos mediante o emprego de outras instâncias de enunciação. Identifica-se, assim, a utilização dominante de estratégias de enunciação que promovem o apagamento do sujeito. Em outras palavras, a autocrítica está negada no discurso.

Embora as marcas explícitas de citação da escola enquanto referência de constituição de sentidos sejam pouco freqüentes no discurso dos sujeitos, os sentidos indicados parecem estar inter-relacionados: formar enfermeiro para “dar conta de tudo”, “resolver tudo”, e “ensinar o que não é aplicável à realidade enfrentada”. “Ensinar o que não se aplica” indica adesão a um sentido de deslocar para o sujeito a responsabilidade na busca de formas individuais de aprender o que é necessário (“resolver tudo”, “dar conta de tudo”). Assim, o sujeito busca um outro modelo de ser líder, aprende a ser enfermeiro com o auxiliar, etc., ou seja, aprende a ser enfermeiro no trabalho, praticando. Este processo é indicativo de um modo de funcionamento da escola, que ensina o “sem sentido” (o não ensino) e cede o seu lugar de ensinar a outras instâncias, neste caso à prática. Trata-se de um discurso que não “fala” mas funciona porque opera, significa, e possibilita gestos de interpretação dos sujeitos, a partir dos quais estes passam a praticar e a reproduzir a enfermagem que aprenderam. Considera-se, então, que a

influência da escola concretiza-se junto aos sujeitos de enfermagem pela incorporação de posições que estes assumem no decurso de sua prática profissional. Ou seja, a função da escola torna-se visível na ação própria dos sujeitos que ela “forma”.

A posição predominante dos sujeitos em relação aos conflitos que identificam no exercício profissional, é aquela que se opera por oposição de sentidos, uma negação que não supera os conflitos, apenas desloca-os a outros sentidos. A mesma posição se reflete no próprio movimento de identificação de conflitos.

Na perspectiva da análise de discurso, as posições assumidas pelos sujeitos da pesquisa correspondem a um modo particular de atribuição de sentidos e de produção da realidade, enquanto sistema de evidências, com a qual está em relação (Orlandi, 1996:39). Retomando Pechêux, 1988: 159-160, um dos efeitos da ideologia (esquecimento nº 1) é fornecer as evidências da transparência da linguagem, do sentido literal das palavras, ou seja, caberia ao indivíduo comum apenas reconhecer um sentido já dado. Por meio desse efeito produz-se a impressão referencial de realidade do pensamento.

Este modo particular de atribuir sentidos e produzir a realidade implica atos no nível simbólico, *gestos de interpretação* (Pechêux *apud* Orlandi, 1996:84), que se fazem possíveis no domínio do interdiscurso, memória do possível de ser dito, pois o *dizer só faz sentido se a formulação se inscrever na ordem do repetível* (Orlandi, 1996:68). Ao mesmo tempo, *todo enunciado ou seqüência de enunciados é uma série (.....) de pontos de deriva possíveis (...)* (Pechêux, 1990:53). Nas palavras de Orlandi, 1996:61) *todo dizer é um deslocamento nas redes de filiações (históricas) de sentidos.*

Poder-se-ia considerar que os sujeitos particulares estudados representam, assim como os sujeitos em geral, os *sujeitos pragmáticos* que, segundo o conceito desenvolvido por Pechêux, 1990:33, são aqueles sujeitos movidos por uma necessidade imperiosa de *categorizações lógicas*, de *homogeneidade lógica*, e de um mundo com estabilidade de sentidos, um *mundo semanticamente normal*.

Observa-se que, no discurso, os próprios sujeitos da pesquisa identificam, com base em sua experiência profissional, comportamentos que indicam relação com o dito do referido autor: *mostrar o a pelo b; a enfermagem é muito cheia de técnicas e detalhes tem que ser daquele jeito, se você mudar um pouquinho, ou o bichinho vai entrar no buraco errado, não dá pra criar*. Esse modo de organização discursiva marca um funcionamento, uma maneira de os sujeitos situarem-se em relação a uma realidade concreta. Dizendo de outro modo, utilizando o discurso citado, próprio ou de outros, o sujeito fala no trabalho como se dá essa relação.

Diante dos conflitos percebidos, esses enfermeiros assumem a posição de sujeito autônomo, o “eu” do discurso (fonte e origem do discurso), em direção à busca de estratégias individualizadas de “fuga” ou “resistência”, seja sofrendo os efeitos dos conflitos por meio da acomodação, somatização, seja tomando para si a responsabilidade de absorver o conflito, racionalizando ou buscando formas de auto-afirmação .

A individualização, segundo Haroche, 1992:21-22, é o reflexo de um mecanismo coercitivo de isolamento que é imposto aos sujeitos. E, dessa maneira, os sujeitos de enfermagem se constituem nos limites contraditórios do sujeito com vontades ilimitadas (sujeito do discurso) e do sujeito que se

submete sem falhas ao discurso (sujeito no discurso) em seus processos de individualização (Hegel *apud* Haroche, 1992:49-51).

De acordo com a interpretação que Pechêux, 1988: 162-163, realiza de Lacan e Althusser, a forma de autonomia do sujeito (sujeito como fonte e origem do discurso, senhor absoluto de sua própria vontade, *interior sem exterior*) é a realização da própria relação de subordinação-assujeitamento, na qual a liberdade total é a submissão absoluta ao *interdiscurso como real (exterior)*, à ideologia.

Com base nessa discussão e na análise dos dados, entende-se que o interdiscurso, ou memória do dizível, funciona nos sujeitos de enfermagem, por um discurso e uma prática que, num movimento de ação recíproca, interdita-lhes determinados gestos de interpretação e impõe obstáculos a que tomem consciência da possibilidade de se tornarem sujeitos na enfermagem, não apenas sujeito da enfermagem.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivos conhecer o perfil profissional de enfermeiras graduadas no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, no período de 1981 a 1993, analisar e compreender o discurso das mesmas a partir de alguns eixos temáticos relativos a: escolha e realização; concepção de saúde-doença implicados no próprio cuidado com a saúde e em relação à assistência que realizam junto ao cliente ou paciente; relação entre saúde-trabalho, a partir da apreensão do modo pelo qual esses profissionais identificam e encaminham os conflitos em seu cotidiano de trabalho e, finalmente, relação entre a formação recebida e a prática de enfermagem que realizam.

A caracterização do perfil profissional da população alvo de estudo alcançou a adesão de 52,9% das enfermeiras graduadas no período referido e ofereceu os subsídios que orientaram o processo de aproximação aos sujeitos cujos discursos foram analisados.

Em âmbito geral, os resultados obtidos permitem afirmar que se trata de uma população com grande predomínio do sexo feminino em relação ao masculino. Quanto ao estado civil, predominou a união conjugal oficial com 62,2%, seguida de 31,9% de profissionais solteiras. Em relação à composição etária, houve maior concentração de profissionais na faixa etária de 31 a 38 anos, sendo que os valores de média, mediana e moda encontrados situaram-se na faixa de 32 a 33 anos.

Essas profissionais ingressaram no Curso de Graduação em Enfermagem, com maior frequência, na faixa etária de 17 a 19 anos e apenas 11,8% das mesmas referiram o exercício profissional anterior em enfermagem, primordialmente na condição de atendentes ou técnicos de enfermagem. Considera-se, portanto, que a escolha do Curso de Enfermagem não ocorreu de modo predominante por essa via de aproximação. Em relação ao perfil de ingresso identificado, cabe considerar a especificidade do caso em estudo, em razão de se tratar de um Curso de Enfermagem inserido em uma universidade pública.

A grande maioria, 97,5%, exerceu a profissão quando concluiu a Graduação e apenas 10,9% não a exerciam no momento em que ocorreu a pesquisa. A análise comparativa entre anos de profissão e anos de exercício efetivo indicou que a maior adesão à profissão ocorre até nove anos de atividade, observando-se, a partir dos dez anos, um declínio dessa adesão.

Considera-se, portanto, que o investimento social na formação dessas profissionais apresenta um retorno bastante satisfatório, tanto pelo expressivo percentual de enfermeiras que efetivamente exerceram a profissão, quanto pelos anos que a ela dedicam.

Trata-se, também, de uma população que se comporta de forma relativamente estável junto às instituições de saúde nas quais se encontravam inseridos, visto que os valores para a média e mediana de tempo de permanência nas mesmas situaram-se na casa dos 5 anos.

Cerca de 95% da população estudada exerciam a profissão em municípios do Estado de São Paulo e, aproximadamente, 70% em serviços de saúde localizados no próprio Município de Campinas. Esses dados revelam

que a formação dessas profissionais deve ser orientada, primordialmente, pela análise e consideração das prioridades sanitárias locais e regionais.

Grande parcela das mesmas, 74,5%, desenvolvia atividades profissionais em serviços públicos e 20,5% em serviços privados de saúde, com uma concentração de 53,8% na área hospitalar e 17,9% em serviços integrantes de redes básicas de saúde. Cerca de 60% das enfermeiras inseridas na área hospitalar foram absorvidos pelos serviços do complexo hospitalar da UNICAMP. A experiência profissional acumulada também obedeceu à mesma ordenação já indicada, ou seja, a experiência profissional em serviços hospitalares públicos posicionava-se em primeiro lugar, seguida, imediatamente, pela experiência em hospitais privados e, em terceiro lugar, em serviços de saúde pública. Mesmo considerando-se que esses dados evidenciem os reflexos de uma política de saúde que ainda prioriza a assistência individual-curativa em detrimento de ações de saúde pública, revelam, no entanto, a importância dos serviços públicos na absorção dessa mão-de-obra, e, como decorrência, o relevante papel que a enfermeira formada nessa universidade pode desempenhar em defesa do Sistema Único de Saúde.

Cerca de 46% das enfermeiras analisaram a relação entre a formação e prática, considerando especificamente os aspectos formais do currículo empregado, ou seja, as disciplinas, os conteúdos e cargas horárias oferecidas.

Na visão de 17,6% das enfermeiras, a formação que receberam demonstrou ser incompatível com as necessidades decorrentes da prática que lhes foi requerida nas instituições de saúde. As incompatibilidades referidas

por 33% delas diziam respeito ao insuficiente preparo para a assunção de funções administrativas (tais como; liderança de equipe, relações humanas e administração de conflitos), as quais foram as mais exigidas nas instituições privadas de saúde. Para outras 17,6%, houve insuficiência no preparo para o desempenho da profissão em serviços básicos de saúde, tendo em vista que a formação concedeu privilégio à prática assistencial em serviços hospitalares. Aproximadamente 15% das enfermeiras consideraram que a fundamentação científica e o treinamento técnico oferecidos foram suficientes para prepará-las ao desempenho dos cuidados de enfermagem. Nessa perspectiva, é compreensível a avaliação realizada pelas ex-alunas de que o ensino se realizou dissociado da realidade de trabalho em enfermagem.

Uma pequena parte, 8,4%, referiu que a experiência de participação em movimentos estudantis visando à melhoria das condições em que se realizava o ensino de enfermagem possibilitou-lhes a formação de senso crítico, o que contribuiu para que enfrentassem os problemas e conflitos profissionais de maneira mais positiva.

Nos serviços acima indicados, cerca de 42% das profissionais desempenhavam, de modo predominante, atividades administrativas e 38% delas realizavam atividades de natureza assistencial. A necessidade de aprimorar a preparação da profissional para o exercício de funções administrativas fica ainda mais reforçada diante desses dados. Estes também revestem-se de grande relevância ao indicar que quase 50% da população analisada ocupava posições que lhes conferiam, respeitando os variados graus de autonomia política, um poder formal na liderança dos agentes de

enfermagem, na organização da assistência e do processo de trabalho em enfermagem.

A inserção de 12,3% das profissionais no ensino formal de enfermagem, de nível médio e de terceiro grau, também evidencia a importância de sua participação no processo de formação dos agentes de enfermagem.

Cerca de 91% trabalhavam jornadas de 30 a 40 horas semanais, com uma concentração de 40,6% para as jornadas de 40 horas e 17% possuíam dois empregos. A dupla jornada de trabalho implicou um acréscimo médio de, aproximadamente, 25 horas semanais de trabalho. Porém, em relação à remuneração, a assunção de dupla jornada implicou um acréscimo médio de apenas seis salários mínimos, visto que os valores médios encontrados corresponderam, respectivamente, a 13 salários para as enfermeiras que possuíam apenas um emprego e 19 para aqueles com dois empregos. Levando-se em conta as características do trabalho em enfermagem, considera-se que esses profissionais encontram-se submetidos a condições de trabalho bastante inadequadas.

Para as profissionais que indicaram dupla jornada de trabalho, o segundo emprego, em 44,4% dos casos, voltava-se à participação no ensino universitário ou ensino de enfermagem em nível médio em instituições privadas. Tais características estão, provavelmente, relacionadas ao fato de que nelas as jornadas de trabalho sejam mais flexíveis e possibilitem a realização paralela de outra atividade profissional.

Cerca de 72% das enfermeiras referiram identificar-se com a prática que realizam. Contudo, 60,5% das mesmas indicaram insatisfação ou

frustração decorrentes, principalmente, das condições inadequadas e de características de trabalho na enfermagem, tais como: baixos salários, jornadas e turnos de trabalho rígidos e desgastantes, ausência de espírito cooperativo, falta de especificidade de funções assumidas pelo enfermeiro e desvalorização social da profissão. Um grupo menor de enfermeiras, 13,4%, restringiu-se a apontar justificativas para o sentimento de insatisfação em relação à profissão. Estas justificativas vinculavam-se, em geral, às condições inadequadas de trabalho, ausência de incentivo institucional para o aperfeiçoamento profissional, falta de autonomia no trabalho, sentimento de abandono, falta de profissionalismo entre os trabalhadores de enfermagem, submissão ao poder médico. Apenas 6,7% indicaram a necessidade da participação da enfermeiro na melhoria das condições gerais de trabalho em saúde.

Para 23,5% da população analisada, a prática de enfermagem significava um processo crescente e contínuo de aperfeiçoamento profissional, 12,6% reconheceram a existência de limites mas também admitiram a existência de certo grau de autonomia da profissional, 11,7% valorizavam positivamente sua prática por reconhecer a importância do trabalho que realiza e, 10,9% consideraram que determinadas condições concretas (baixa remuneração, desvalorização, falta de delimitação de funções, falta de profissionalismo, ausência de prática fundamentada cientificamente e distanciamento do paciente/cliente) inviabilizavam sua ação profissional.

Em relação ao processo de aprimoramento e atualização profissional, da população analisada, 84,9% indicaram participar de eventos em geral, 52% referiram ter freqüentado cursos de especialização, 47,9%

realizaram habilitações ou cursos de aprimoramento e 10,9% concluíram ou freqüentavam cursos de pós-graduação *stricto sensu*. À primeira vista, o interesse relativamente expressivo dessas profissionais em se aprimorarem, atualizarem seus conhecimentos ou, ainda, complementarem sua formação profissional parece contraditório, tendo em vista o predomínio de sentimentos de frustração/insatisfação profissional assinalados anteriormente. Entretanto, é possível que esse comportamento represente uma via por meio da qual as enfermeiras busquem amenizar ou atenuar a insatisfação ou frustração.

Em um âmbito restrito, a análise de discurso de sujeitos particulares permitiu apreender e tornar visível, pela singularidade no uso da linguagem, uma certa regularidade no funcionamento do discurso de enfermagem.

No tocante ao movimento de aproximação à profissão identifica-se que os sentidos possíveis de serem ditos, ou seja, um acontecimento inexplicável, uma casualidade, a falta de opção, uma alternativa secundária a outra escolha, e, mesmo, a possibilidade de fácil inserção no mercado de trabalho, remetem-se à um sentido dominante de que não houve busca ativa, procura, escolha por vontade ou determinação própria dos sujeitos. Quando referida, a vontade foi atribuída a algo externo ao sujeito (vontade divina) e também ao dom, predestinação. Sob uma ou outra aparência, identifica-se um sentido dominante de uma alternativa (a enfermagem) “possível” de ser realizada ou de algo “inevitável” a ser feito. Identificou-se também a ocorrência de sentidos de “entrega”, “doação”, “devoção” e “dedicação” à profissão que, além de representarem sentidos já inscritos na memória do discurso de enfermagem, parecem indicar um movimento em que o sujeito é apreendido (“pego”) pela enfermagem.

A realização profissional situou-se no âmbito das gratificações pessoais - da interação com o paciente, da troca afetiva, da possibilidade de ajuda ao paciente, a constatação da recuperação do paciente, o reconhecimento do paciente, o crescimento pessoal e a aquisição de conhecimentos que se obtêm ao realizar o trabalho. O "ganho" subjetivo, não material, mobiliza o profissional e, talvez, explique sua permanência na profissão a despeito do sentimento de insatisfação e frustração já apontados.

A desvalorização social, a submissão da enfermeira ao médico e a crítica geral da prática de enfermagem é atribuída à ação de sujeitos externos à enfermagem, sejam eles sujeitos particulares ou a própria história da profissão.

A multiplicidade de sentidos de enfermagem indicados no discurso (ajudar, cuidar, conversar, dar atenção, ensinar, relacionar-se, envolver-se, prevenir doença, tratar a doença, cuidar da família, tratar o paciente como gente, etc.) parece contribuir favoravelmente a que os sujeitos, diante das diversas possibilidades, estabeleçam algum laço de identificação com a prática profissional. No entanto, essa mesma abertura de possibilidades de sentido parece associar-se de algum modo à uma ação sentida como não específica ou indefinida do enfermeiro.

O sentido mais fortemente valorizado por esses profissionais, na prática que realizam, concerne ao campo das relações interpessoais que estabelecem junto ao paciente e circunscreve o sujeito de sua atenção aos limites da dimensão individual. Contudo, o cuidado de enfermagem é realizado de modo dominante em direção ao tratamento da doença na perspectiva biológica de saúde, que, por sua vez, se apresenta hegemônica, tanto no

ensino quanto na assistência desenvolvida pelos serviços de saúde em geral. Julga-se que a relação interpessoal constitua-se um sentido já presente na memória do discurso de enfermagem que se reforça durante e após a formação dessas profissionais.

Em relação ao cuidado que dedicam à própria saúde, observaram-se sentidos variados, desde a ausência de discurso de autocuidado à busca por tratamentos sintomáticos convencionais e prática de filosofias, terapêuticas ou não, baseadas em paradigmas da ciência oriental e filosofias espiritualistas. Esses sentidos parecem encerrar alguma contradição entre discurso e prática, pois o sujeito pratica a saúde mas não a aplica a si próprio ou utiliza para si alguns recursos que sequer são reconhecidos e, por consequência, oferecidos pelos serviços de saúde.

Não se observa, no discurso, a atribuição direta de significação entre saúde e trabalho. O comportamento dominante dos sujeitos em relação aos conflitos enfrentados no exercício da enfermagem é o de negação e não de superação ou resolução das mesmas. A análise de discurso evidencia, pelas marcas nele contidas, um certo modo de funcionamento discursivo que torna visível o modo pelo qual esses sujeitos se relacionam com a realidade concreta. Esses sujeitos identificam e encaminham tais conflitos a partir de uma leitura superficial da realidade. Os problemas que eles percebem e com os quais deparam no exercício da profissão, são identificados e encaminhados segundo uma perspectiva homogeneizante, que naturaliza as diferenças e os conflitos, de forma que as ações que eles implementam não apresentam repercussão na transformação da realidade. Por outro lado, os efeitos desses conflitos não resolvidos repercutem sobre os próprios sujeitos que, diante

deles, empregam estratégias individuais de resistência. Elas persistem na profissão por determinação pessoal, persistem pela acomodação, persistem adoecendo ou persistem buscando alternativas pessoais de compensação. A resistência ou persistência parece constituir a forma mais freqüente de essas profissionais exercerem sua autonomia.

A ação da escola se faz em várias direções. Ela exime-se de assumir sua principal função, ou seja, ensinar, oferecer suporte teórico e técnico necessário ao profissional, considerando sua forma real de inserção nos serviços de saúde. Ela retoma, não rompe um discurso que se remete à história da enfermagem e ressalta sentidos de onipotência, persistente, altruísmo, submissão, entre outros. Desse modo, as profissionais, além de se verem na contingência de aprender a profissão praticando-a, também a realizam mediante a reprodução do mesmo discurso. Há também, nessa mesma direção, indícios de que a escola funciona anulando ou fragmentando a enfermeira enquanto sujeito que inaugura novos sentidos, dado que se reflete no modo pelo qual a profissional se relaciona frente à realidade concreta. Assim, apresentam-se enquanto indivíduos cindidos, contraditórios que apenas “sofrem” a enfermagem e não assumem sua posição de sujeitos de ação na profissão.

Acredita-se que os resultados encontrados neste estudo indicam inequivocamente a ação da escola na reprodução de um discurso e uma prática de enfermagem cujos sentidos remontam aos primórdios da história da profissão. O exame cuidadoso desse discurso, bem como o dos processos pedagógicos por meio dos quais a escola assegura sua reprodução, apresentam-se fundamentalmente necessário para que seja possível a

construção de rupturas e instauração de novos sentidos no discurso que permitam realizar transformações concretas na prática de enfermagem.

Considera-se, finalmente, que os resultados indicados por este estudo ofereçam subsídios, ainda que incipientes, para avaliar o trabalho desenvolvido pelo conjunto de docentes do Departamento de Enfermagem da UNICAMP em relação à formação de enfermeiras, avaliação essa especialmente importante no momento em que se inicia a implantação do novo currículo para o Curso de Graduação.

VIII. AUTOCRÍTICA DA AUTORA

Inicialmente, como processo de auto-análise profissional na vigência do meu décimo sexto ano de prática como professora, este estudo significou uma experiência extraordinária. No entanto, elucidar as indagações que determinaram sua proposição representou um grande desafio e promoveu a emergência de uma série de sentimentos muito contraditórios.

De um lado, a oportunidade de estabelecer novo contato com ex-alunas que não revia há muitos anos foi muito gratificante e prazerosa. Da mesma maneira, poder apresentar contribuições para avaliar a formação oferecida pelo Departamento de Enfermagem da UNICAMP significou a concretização de um compromisso pessoal.

Por outro lado, vivi momentos de muitas dúvidas e angústias diante da realidade que analisava. Admito que, durante esse processo, me senti abatida pelo desânimo, frustração e descrença frente a minha função de ensinar enfermagem. Sofri grande identificação com os sentimentos explicitados pelas ex-alunas e isso me impediu, em determinados momentos, de tomar distância do objeto de estudo e afetou a minha capacidade de elaboração. Tomada por um certo bloqueio de criatividade, me sentia impossibilitada de finalizar o trabalho iniciado.

A pressão do tempo cronológico me obrigou a retomar o distanciamento necessário e permitiu, afinal, a conclusão do estudo. A partir desse momento, pude compreender que muitas pressuposições iniciais se

confirmavam. Fui, então, invadida por uma “nova” onda de motivação e pude me dedicar com afinco ao ensino, tal como uma iniciante na carreira.

No primeiro semestre deste ano, vivi duas experiências muito interessantes. Pude propor e implementar uma experiência pedagógica na qual as alunas de enfermagem do quarto ano de graduação participaram de forma ativa e criadora. Além disso, tive também a oportunidade de participar da organização e desenvolvimento de uma disciplina do currículo novo de graduação dirigida às alunas iniciantes na enfermagem. Tal disciplina foi planejada segundo uma perspectiva de apreensão e construção conjunta - de alunos e professores - do conhecimento, a partir da concepção de saúde-doença enquanto expressão das condições concretas de vida da população.

Essas e outras experiências na minha prática de ensino têm me permitido constatar, a despeito das dificuldades encontradas, que as possibilidades de realizar um novo sentido de ensinar enfermagem são concretas. Julgo que as maiores restrições ao desenvolvimento desse novo sentido se concentram na resistência do educador em propor ou elaborar “novas” maneiras de fazer o ensino, considerando-se os dados de realidade.

Dispomos, há alguns anos, de várias contribuições teóricas de natureza crítica à formação e à prática de enfermagem. Entretanto, elas, por si próprias, não asseguram as transformações necessárias se nós sujeitos, que ensinamos ou praticamos a enfermagem, não assumirmos essas contribuições num movimento simultâneo de assimilação e autocrítica. Não realizando esse movimento, permanecemos confortavelmente alienados de um processo de transformação, reproduzindo uma enfermagem que sabemos, no discurso, criticar muito bem.

Acredito que os deslocamentos de sentido no discurso dissociados de uma prática coerente não inauguram “novos” sentidos, não rompem o movimento circular, ou seja, o retorno ao mesmo sentido. Dessa maneira, o acontecimento não se faz e a estrutura tende a se manter.

XIV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P. de & ROCHA, J.S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1986. 128p.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Proposta de novo currículo mínimo para o curso superior de enfermagem: a formação do enfermeiro. Brasília, 1991. 15p. [mimeografado]

BRAGA, J. C. de S. & PAULA, S.G. de *Saúde e previdência - estudos de política social*. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981. 226p.

BRANDÃO, H. N. *Introdução à análise de discurso*. Campinas, Editora da UNICAMP, 1991. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. *Enfermagem - legislação e assuntos correlatos*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Artes Gráficas da FSESP, 1974. 3v.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Boletim Informativo*, São Paulo, Ano 17, nº5, março, 1994. p. 3

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares*. São Paulo, COREN -SP, 1997. 196p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. *Publicação oficial*, São Paulo, Ano 20, nº9, março/abril, 1997. p.4

- DEMO, P. *Metodologia científica em Ciências Sociais*. 3^a ed. São Paulo, Atlas, 1995. 293p.
- FERREIRA, M.C.L. A antiética da vantagem e do jeitinho na terra em que Deus é brasileiro (o funcionamento discursivo do clichê no processo de constituição da brasilidade). In: ORLANDI, E.P. (org.) *Discurso fundador - a formação do país e a construção da identidade nacional*. Campinas, Pontes, 1993. p.69-80
- FRANCO, L. A. de C. *A escola do trabalho e o trabalho da escola*. São Paulo, Cortez, Autores associados, 1987. 87p. (Coleções polêmicas do nosso tempo, v.22)
- FREITAG, B. *Escola, estado & sociedade*. 5^a ed., São Paulo: Moraes, 1984. 124p.
- GERMANO, R. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo, Cortez, 1983. 118p.
- GERMANO, R. *A ética e o ensino da ética na enfermagem do Brasil*. São Paulo, Cortez, 1993. 141p.
- GORZ, A. (org.) Técnica, técnicos e luta de classes. In: GORZ, A. *Divisão social do trabalho e modo de produção capitalista*. Porto, Publicações Escorpião, 1976. p. 239-284
- GUIMARÃES, E. Credo ou creio. In: ORLANDI, E.P. (org.) *Palavra, fé, poder*. Campinas, Pontes, 1978. p.81-89

- HAGUETE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 4ª ed. Petrópolis, Vozes, 1995. 224p.
- HAROCHE, C. *Fazer dizer, querer dizer*. São Paulo, HUCITEC, 1992. 224p.
(Tradução: Eni Pulcinelli Orlandi et al.)
- HENRY, P. Os fundamentos teóricos da “Análise automática do discurso” de Michel Pêcheux (1969). In: GADET, F & HAK, T. (orgs.) *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*. Campinas, Editora da UNICAMP, 1990. 318p. (Tradução: Bethânia S. Mariani et al.)
- LUDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, EPU, 1986. 99p. (Temas básicos de educação e ensino)
- MAINGUENEAU, D. *L'analyse du discours*. Paris, Hachette, 1991. 252p.
- MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas, Pontes, 1989. 198p. (Tradução: Freda Indursky)
- MINAYO, M.C.de S. *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro, HUCITEC, ABRASCO, 1992. 269p.
- MOLINA, M.T. *Historia de la enfermeria*. 2ª ed. Buenos Aires, Inter-médica, 1973. 169p.
- MOURA, M.L.P.A. et alii. *A força de trabalho em enfermagem no Estado de São Paulo*. São Paulo, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Associação Brasileira de Enfermagem - Seção São Paulo, 1996. 40p.

- ORLANDI, E.P. *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. 2ª ed. Campinas, Pontes, 1987. 276p.
- ORLANDI, E.P. *Discurso e leitura*. São Paulo, Cortez, Campinas, Editora da UNICAMP, 1988. 118p. (Coleção passando a limpo)
- ORLANDI, E.P. *Interpretação; autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Petrópolis, Vozes, 1996. 150p.
- ORLANDI, E.P. Segmentar ou recortar? In:-----, *Linguística: questões e controvérsias*. Uberaba, Curso de Letras do Centro de Ciências Humanas e Letras das Faculdades Integradas, 1984. 113p. (Série estudos, 10)
- PAIXÃO, W. *História da enfermagem*. 5ª ed. Rio de Janeiro, Júlio C. Reis, 1979. 138p.
- PEREIRA, D.M.S. & CERQUEIRA, L.T. de. O Departamento de Enfermagem da FCM - UNICAMP. *Rev. 30 anos. FCM*, Campinas, maio: 27-8, 1993. Número especial.
- PÊCHEUX, M. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Campinas, Pontes, 1990. 68p. (Tradução: Eni Pulcinelli Orlandi)
- PÊCHEUX, M. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1988. 317p. (Tradução: Eni Pulcinelli Orlandi et al.)
- PÊCHEUX, M. & FUCS, C. A propósito da análise automática do discurso: atualização e perspectiva (1975). In: GADET, F. & HAK, T. (orgs.) *Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*.

Campinas, Editora da UNICAMP, 1990. 318p. (Tradução: Bethânia S. Mariani et al.)

PAYER, M. O. *Educação popular e linguagem: reprodução, confrontos e deslocamentos de sentidos*. Campinas, Editora da UNICAMP, 1993. 96p.

PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo, Cortez, 1989. 156p.

PORTARIA nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994: fixa os mínimos de conteúdo e duração para os cursos de graduação em enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 dez. 1994. p.19.801.

ROSSI, S.S. *A constituição do sistema de saúde no Brasil*. São Paulo, 1980. 103p. [mimeografado]

SAVIANI, D. *Educação: do senso comum à consciência filosófica*. 3ª ed. São Paulo, Cortez, Autores Associados, 1983. 224p. (Coleção educação contemporânea)

SILVA, G. B. da *Enfermagem profissional - análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986. 143p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. *Implantação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas*. Processo nº 312/77. 268fls.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. *Catálogo dos cursos de graduação 1996*. Campinas, 1996. 390p.

ANEXO 1

**CARTA DE APRESENTAÇÃO DA AUTORA E
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Campinas, 29 de setembro de 1995

Prezada(o) colega:

Desde a minha admissão junto ao corpo docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tenho me empenhado em discutir e participar ativamente das atividades relativas à revisão do ensino de graduação por nós ministrado. No momento, estou tendo a oportunidade de desenvolver um projeto de pesquisa de doutorado que tem por objetivo central avaliar a formação que o nosso Curso de Graduação tem oferecido.

Com o propósito de dar cumprimento à primeira etapa de levantamento de dados, necessito de sua inestimável colaboração respondendo atentamente o questionário anexo e remetendo-o a mim dentro do envelope selado em um período mais curto possível. Para efeito de assegurar uma organização mínima no processo de coleta de dados, incluirei na pesquisa em questão aqueles questionários que apresentarem data de postagem máxima de 30 de outubro próximo futuro. Infelizmente, não tenho condições de estender esse prazo pois o fato de pretender trabalhar com o contingente total de profissionais formados pelo nosso Curso implicará no investimento de um tempo volumoso de trabalho na análise das respostas. Além disso, haverá ainda uma segunda etapa de levantamento de dados, cuja execução depende totalmente desta etapa preliminar.

Considero ser importante esclarecer que os dados de identificação pessoal contidos no questionário têm a finalidade exclusiva de possibilitar o estabelecimento de contato com sua pessoa na eventual necessidade de um segundo momento de levantamento de dados. Será, ainda, de extrema importância que este Departamento mantenha um banco de dados atualizado dos seus ex-alunos. Assim sendo, assumo o compromisso pessoal de que, caso constitua-se motivo de sua preocupação, não haverá quebra de sigilo do informante em qualquer momento de desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço imensamente sua atenção e espero, sinceramente, que leve em consideração a importância de sua participação neste estudo.

Marcia Regina Nozawa

1.DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.1.

Nome: _____

1.2. Registre neste campo seu endereço e telefone atuais:

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ nº _____ apto. _____

(_____) _____

Fax: (_____) _____ email: _____

1.3. Registre neste campo seu endereço e telefone alternativos:

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ nº _____ apto. _____

(_____) _____

Fax: (_____) _____ email: _____

1.4. Sexo: Feminino () Masculino ()

1.5. Estado civil:

1. () Solteira(o)

2. () Casada(o)

3. () Vive com companheira(o)

4. () Separada(o)

5. () Viúva(o)

6. () Outro

1.6. Data de nascimento: ____/____/____

1.7. Idade em anos: _____

1.8. Exerceu enfermagem antes de graduar-se como enfermeira(o)?

SIM () *

*Em caso afirmativo, discrimine o tipo de experiência:

() atendente de enfermagem

() auxiliar de enfermagem

() técnica(o) de enfermagem

NÃO ()

1.9. Ano de conclusão do Curso de Enfermagem da UNICAMP: _____

2. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

2.1. Você chegou a exercer enfermagem após o término da graduação?

1.SIM

2.NÃO* Justifique: _____

*** Caso assinale esta alternativa justifique e responda apenas os itens que julgar pertinentes.**

2.2. Está exercendo a enfermagem no momento?

1.SIM

2.NÃO* Justifique: _____

*** Caso assinale esta alternativa justifique e responda apenas os itens que julgar pertinentes.**

2.3. Instituição (ões) onde atualmente exerce atividade profissional:

a) Nome: _____ Cidade: _____ Estado: _____

• Característica:

1. () serviço público

2. () serviço privado sem fim lucrativo

3. () serviço privado com fim lucrativo

4. () serviço filantrópico ou beneficente

5. () serviço autônomo em enfermagem

6. () outra

• Tipo de serviço:

1. () comunidade terapêutica

2. () creche, pré-escola, asilo ou similar

3. () clínica

4. () serviço da rede básica de saúde

5. () serviço hospitalar em geral

6. () ambulatório hospitalar

7. () ensino de enfermagem de 2º grau

8. () ensino de enfermagem de 3º grau

9. () ambulatório de empresa

10. () outro

• Cargo _____ ou _____

desempenha: _____

• Jornada semanal de trabalho em horas: _____ • Tempo de trabalho em anos: _____

b) Nome: _____ Cidade: _____ Estado: _____

- Característica:
 - 1. () serviço público
 - 2. () serviço privado sem fim lucrativo
 - 3. () serviço privado com fim lucrativo
 - 4. () serviço filantrópico ou beneficente
 - 5. () serviço autônomo em enfermagem
 - 6. () outra
- Tipo de serviço:
 - 1. () comunidade terapêutica
 - 2. () creche, pré-escola, asilo ou similar
 - 3. () clínica
 - 4. () serviço da rede básica de saúde
 - 5. () serviço hospitalar em geral
 - 6. () ambulatório hospitalar
 - 7. () ensino de enfermagem de 2º grau
 - 8. () ensino de enfermagem de 3º grau
 - 9. () ambulatório de empresa
 - 10. () outro
- Cargo _____ ou _____ função _____ que desempenha: _____
- Jornada semanal de trabalho em horas: _____ • Tempo de trabalho em anos: _____

c) Nome: _____ Cidade: _____ Estado: _____

- Característica:
 - 1. () serviço público
 - 2. () serviço privado sem fim lucrativo
 - 3. () serviço privado com fim lucrativo
 - 4. () serviço filantrópico ou beneficente
 - 5. () serviço autônomo em enfermagem
 - 6. () outra
- Tipo de serviço:
 - 1. () comunidade terapêutica
 - 2. () creche, pré-escola, asilo ou similar
 - 3. () clínica
 - 4. () serviço da rede básica de saúde
 - 5. () serviço hospitalar em geral
 - 6. () ambulatório hospitalar
 - 7. () ensino de enfermagem de 2º grau
 - 8. () ensino de enfermagem de 3º grau
 - 9. () ambulatório de empresa
 - 10. () outro
- Cargo _____ ou _____ função _____ que desempenha: _____
- Jornada semanal de trabalho em horas: _____ • Tempo de trabalho em anos: _____

2.4. Remuneração mensal total convertida em número de salários mínimos (S.M. = R\$100,00): _____

3. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM:

3.1. Caracterize sua experiência profissional acumulada, na qualidade de enfermeira(o) de acordo como o tempo de trabalho em anos:

- 1. Cargo de direção de serviço de saúde () _____ anos
- 2. Cargos de direção de serviço de enfermagem () _____ anos
- 3. Assistência em serviço hospitalar público () _____ anos
- 4. Assistência em serviço hospitalar privado () _____ anos
- 5. Assistência em serviço de saúde pública () _____ anos
- 6. Assistência em clínicas privadas ou similares () _____ anos
- 7. Assistência em ambulatório de empresa () _____ anos
- 8. Ensino de 2º grau () _____ anos
- 9. Ensino de 3º grau () _____ anos

3.2. Tempo total de exercício na profissão, como enfermeira(o) em anos completos: _____

4. APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL:

4.1. Assinale os cursos que freqüentou após a conclusão no Curso de Enfermagem:

- 1. Eventos em geral () (congresso, seminário, encontro, etc)
- 2. Habilitação ()
- 3. Curso de aprimoramento ()
- 4. Curso de especialização ()
- 5. Mestrado ()
- 6. Doutorado ()
- 7. Pós-doutorado ()
- 8. Outro ()

4.2. Relacione os cursos que está freqüentando no momento:

5. FAÇA UMA BREVE ANÁLISE DA RELAÇÃO QUE VOCÊ ESTABELECE ENTRE A FORMAÇÃO QUE RECEBEU NO CURSO DE ENFERMAGEM E A PRÁTICA QUE TEM DESENVOLVIDO:

6. COMO SE SENTE SENDO ENFERMEIRO(A)?

7. COMO PERCEBE SUA PRÁTICA?

8. COMENTÁRIOS:

9. HAVERÁ UMA SEGUNDA ETAPA DE LEVANTAMENTO DE DADOS PARA ESSA MESMA PESQUISA, CASO SEJA SELECIONADO(A) VOCÊ SE DISPORIA A PARTICIPAR CONCEDENDO UMA ENTREVISTA INDIVIDUAL?

- ☐ Sim
- ☐ Não

ANEXO 2

TRANSCRIÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES

ABERTAS DO QUESTIONÁRIO

PROFISSIONAL 1

5. Recebi a formação básica e geral, base para todo o desenvolvimento e aprimoramento posterior de acordo com meus interesses e necessidades.
6. Razoavelmente bem, tenho as minhas realizações e sinto que nossa área de atuação pode ser bastante ampliada; mas no momento, sinto-me frustrada, pelas limitações impostas pela situação política e econômica.
7. Atualmente, limitada.

PROFISSIONAL 2

5. Todas as disciplinas anteriormente conhecidas são a fundamentação para atuação em enfermagem, porém com maior capacidade de análise e avaliações de conhecimento à consulta.
6. Muito frustrada mediante: 1. as faltas de perspectivas dentro do setor público; 2. falta de reconhecimento dentro da equipe médica; 3. falta de condições financeiras para aprimoramentos; 4. falta de incentivo do serviço para melhoria da qualidade profissional; 5. falta de condições de trabalho (como higiene local, aparência do local de trabalho ideal, falta de material de trabalho, falta de modernização do local de trabalho, falta administração adequada do serviço público para serviços básicos)
7. Minha prática está sempre fundamentada em conhecimentos teóricos quer no campo médico, de enfermagem propriamente dita em cuidados e orientações gerais com os clientes, de técnicas de apoio psicológico, técnicas cirúrgicas, orientações dietéticas e administrativas específicas do programa que atuo e gerais em relação aos processos administrativos da instituição.
8. Gostei de poder responder este questionário que como toda pesquisa terá no futuro a capacidade de modificar ações e comportamentos em relação à enfermagem.

PROFISSIONAL 3

5. Facilidade na prática, mas muitas vezes não ministrada na graduação.
6. Ótima, muito realizada e realizando o que queria há muito tempo, ou seja, trabalhando em saúde pública.
7. Necessito sempre aperfeiçoá-la no dia-a-dia.
8. Questões muito bem formuladas. Estou a disposição para colaboração em que necessitar.

790601

5. Formação altamente idealista e assistencial hospitalar e a prática altamente administrativa.
6. Frustrada.
7. Razoavelmente dentro do possível proposto, porém, poderia ser muito melhor.
8. Penso ser importante este levantamento para que haja uma adequação na relação formação x campo de trabalho, e com isto não sendo extremamente idealista para nossa realidade.

PROFISSIONAL 4

5. Bom embasamento teórico-prático apesar de ser necessário atualização frequente.
6. Gosto do que faço, realmente estou na profissão certa. A atuação direta com o cliente, prestando assistência e orientação me realiza.
7. Essencial pelo embasamento científico o que nos distingue dos demais profissionais da área como: técnico e auxiliares.
8. Atuo como assistencial por escolha própria, gosto de lidar diretamente com o cliente, também gosto do ensino e pesquisa, porém gosto de estar também com minha família, filhos. Acho o trabalho da enfermagem, principalmente do enfermeiro, pouco reconhecido no que diz respeito à remuneração.

PROFISSIONAL 5

5. O curso de enfermagem me deu diretrizes para a prática que hoje desenvolvo, mas foi necessário ir à procura de um conhecimento mais profundo.
6. Atualmente sinto-me desmotivada, principalmente na questão salarial acho que é muito investimento (financeiro emocional) para pouco retorno.
7. Com o passar dos anos, novas experiências foram sendo adquiridas. Hoje o conhecimento se uniu à prática, mantendo um equilíbrio.

PROFISSIONAL 6

5. Foi muito importante, principalmente quanto à técnicas, pois percebo que tenho muito mais segurança em ensinar e treinar os demais funcionários e também identificar os sinais e sintomas de muitas patologias. Acho que tive uma boa base poderia ter aproveitado mais o curso, mas a gente só percebe depois que está exercendo a profissão.
6. Me sinto muito gratificada, é realmente o que gosto de ser e de fazer; já exerci a supervisão por 2 anos mas pedi demissão do cargo, pois gosto do contato direto com os pacientes, auxílio a chefia quando necessário, e estou sempre disposta a colaborar.

7. Fico muito contente com o reconhecimento da minha chefia, é muito claro na avaliação, às vezes não consigo que todos da equipe exerçam com afinco, mas cada um deve ter o seu grau de descontentamento, principalmente quanto ao salário; mas a melhor recompensa é perceber o paciente melhorando e diminuindo o grau de dependência.
8. Acho que a enfermagem é uma profissão desgastante, faço outros cursos diferentes para não ficar somente com a mente na enfermagem, fiz estética facial, exerço para familiares; estou fazendo curso de inglês, finalmente; e acho que a classe tem que unir mais para melhoria salarial.

PROFISSIONAL 8

5. Sinto que a formação teórico-científica do curso nos deu um bom embasamento para a vida profissional, porém a parte prática não aconteceu de forma firme no geral e o "questionamento" profissional a que fomos estimuladas não acontece de forma alguma na prática. Pelo contrário.
6. A maioria das vezes, um tanto quanto frustrada, principalmente pela falta de definição que existe em relação ao enfermeiro e pela competitividade aliada à realidade de maioria feminina. Competitividade esta não clara e muitas vezes sem nível científico. Isto é triste. Todos fazem nosso trabalho e muitas vezes somos taxadas de "governantas" da saúde (como já ouvi...)
7. Acho que o próprio embasamento teórico recebido na escola permitiu que a prática pudesse se desenvolver de maneira positiva gerando saldos também positivos.
8. Minha sugestão é que a escola investisse também na parte prática, colocando mais estágios, ou alguma outra forma que pudesse estar desenvolvendo estas aptidões, inclusive as administrativas de maneira mais concreta, com mais comentários e críticas por parte dos alunos que vivenciam estas experiências.

PROFISSIONAL 9

5. Quando saímos da Faculdade para enfrentar o dia-a-dia de trabalho, faltam-nos subsídios como: administração, relação interpessoal (conflitos, liderança), noções de administração hospitalar. O que recebemos é muito pouco.
6. Costumo dizer "gosto do que faço mas não do que recebemos". Num hospital escola, nossa realidade é diferente, somos peças importantes o que já não ocorre em hospitais particulares, onde dificilmente encontramos a função do enfermeiro assistencial, muitas vezes somente um e na função administrativa.
7. Em 10 anos de formada, ainda vejo nossa carreira numa eterna procura do valorizar, descobrir seu papel, mal remunerada, etc...

PROFISSIONAL 10

5. A formação que recebi me propiciou ser uma boa enfermeira assistencial, porém administrativa foram necessários alguns anos de experiência para me sentir mais segura. Hoje já é possível conciliar essas duas questões.
6. Ora satisfeita, ora insatisfeita. As causas da insatisfação estão ligadas à instituição sejam elas salário, plantões de final de semana, quadro de funcionários insuficiente. Com relação à enfermagem em si, é o que gosto de fazer.
7. No local onde atuo no momento (hemodiálise), no qual a atuação do enfermeiro é extremamente técnico, chegando a ser braçal quando o quadro de funcionários está defasado. Mas por características próprias, tento agir de forma mais competente possível, e creio atingir esse objetivo plenamente.
8. Acho que os cursos de graduação tem papel muito importante no tipo de enfermeiro que está atuando no mercado. Porém, a instituição (política, chefia, educação continuada), teriam por (termo ilegível) que investir no aprimoramento desse profissional, e nem sempre isso ocorre. É claro que deve haver também o empenho pessoal.

PROFISSIONAL 11

5. Percebi que o Curso de Enfermagem ofereceu-nos apenas noções básicas das atividades de um Enfermeiro porém o que nos foi ensinado foi o suficiente para termos uma visão geral do funcionamento da assistência à saúde.
6. Bem. Poderia ser melhor se o salário fosse maior.
7. Por trabalhar numa área bastante especializada e já estar neste serviço há 3 anos, sinto que tenho um bom domínio da minha profissão não tendo melhores resultados por depender muito dos serviços de apoio que não correspondem às minhas expectativas.

PROFISSIONAL 12

5. A formação acadêmica em muitas situações é muito teoricista as quais as vezes esbarra com a realidade do dia-a-dia. É claro que a prática irá ser aprimorada no local de trabalho e o relacionamento entre equipes (médica, enfermagem) x pacientes x serviços de apoio.

6. Há momentos em que é gratificante, e em outros a de impotência por não poder fazer mais pelo paciente, muitas das quais relacionados com o atual estado em que o sistema de saúde se encontra.
7. Quando consigo verificar a estabilidade ou melhoria das condições do paciente, tanto sob o aspecto administrativo como também o do atendimento do mesmo.
8. A teoria é importante para dar o embasamento do tipo de profissional a ser formado, mas deve estar em (termo ilegível) com a realidade em que se encontra para poder desenvolver o potencial do profissional.

PROFISSIONAL 13

5. O aprendizado prático ocorreu após a minha formatura, porém entendo que isso ocorre em qualquer profissão. Hoje entendo que durante a vida acadêmica, alguém que nos ensinava procedimentos práticos, na realidade também não "sabiam" executá-los.
6. Desvalorizado, não há reconhecimento nem mesmo dentro da instituição que trabalho. Devido a situação do serviço público, não é possível e nem estão interessados em qualidade de trabalho. A própria Diretora de Enfermagem do HC "não considera" útil o enfermeiro pós-graduar-se em Farmacologia. INFLAMAÇÃO, edema, hemorragia, é o dia a dia do Enfermeiro e também quem administra e fica 24 h/dia com paciente. Não é necessário especializar-se em Farmacologia?
7. Me considero um bom prático.
8. Primeiro quis trabalhar em local de bastantes procedimentos de Enf. e o fiz: 2 anos de emergência clínica o que me rendeu segurança p/ trabalhar, supervisionar e em qualquer lugar e em qualquer procedimento prático.

PROFISSIONAL 14

5. Em todas as áreas em que atuei acredito que tive o essencialmente básico na graduação mas para sentir-me segura fiz cursos de especialização em todas as áreas que escolhi (EX. curso de especialização em cárdio e UTI na USP para atuar em UTI, curso de especialização em saúde pública para atuar na rede pública).
6. Ser enfermeira é bom nos aspectos de atuação (várias áreas para atuar) e no aspecto de quantidade de emprego (existe muito emprego para enfermeiras) porém é péssimo no sentido salarial (baixíssimos salários) e no sentido de falta de reconhecimento profissional com tudo isso me sinto "explorada".
7. A prática de enfermagem é muito importante seja qual for a área de atuação. É o profissional de "elo" de "alavanca" e de "suporte" para toda equipe. Além do mais tem um suporte teórico super diverso. Eu diria que é essencial em todos os programas de saúde.
8. Em diversidade de atuação é ótima pois torna-se um profissional versátil, mas ao mesmo tempo existe um abuso enorme dos empregadores tornando-nos mão-de-obra barata e "tapa buraco" o que não vem de encontro com nossa realidade.

PROFISSIONAL 15

5. Minha formação básica foi bem definida p/ uma determinada área: hospitalar, saúde pública, etc. Assim tivemos um pouco de tudo, porém voltado p/ a assistência totalmente nos moldes do HC o que no início foi bom e faltou a parte administrativa que tive de aprender no dia-a-dia.
6. Já tinha em mente permanecer um determinado tempo na área hospitalar para crescimento do conhecimento geral, mas ser enfermeiro necessita persistência de ideal pois após a formação existe a frustração por falta de perspectiva de melhoria, crescimento e mau relacionamento dos profissionais no momento me sinto bem onde estou.
7. Totalmente prática do dia-a-dia, sem muita pesquisa, principalmente em minha área, usando observação e sexto sentido puro.
8. Nosso curso de graduação após tantos anos de formada (8) percebo que necessita de uma avaliação p/ progresso assim como tudo na vida que desejamos sempre estar evoluindo p/ melhorarmos o aproveitamento. Congratulações aos docentes que encabeçaram a idéia!

PROFISSIONAL 16

5. curso de enfermagem da UNICAMP ainda tem sido muito voltado às práticas hospitalares, sendo que foi quase um esforço pessoal da disciplina de S. Pública em nos mostrar o outro lado (serviço público). Senti despreparada para trabalhar com educação continuada.
6. Sinto-me realizada sendo funcionária pública sofro as mudanças econômicas, porém as realizações, os projetos que tenho são maiores. Faço assistência, educação continuada além de org. do serviço.
7. Através do curso de especialização que estou fazendo ficamos muito críticas à nossa prática. Tenho repensado no processo de trabalho, alienação e tentando trabalhar dentro de ações planejadas.

8. Ter estudado na UNICAMP foi fundamental para minha formação, porém acredito que a universidade tem se distanciado cada vez mais da realidade: discussão se quer ou não formar profissionais para o SUS.

PROFISSIONAL 17

5. Acredito que apesar do meu currículo ter sido voltado particular/e para área hospitalar, após a graduação senti-me insegura qto técnicas a serem exigidas, indo então buscar um aprimoramento na área que eu queria antes de iniciar na profissão. Fiz um curso de aprimoramento após a conclusão da graduação, e depois ingressei na área hospitalar.
6. Sinto-me bem, pois sempre foi o que eu queria, apesar de ter passado durante estes anos por algumas crises na profissão devido à falta de reconhecimento e estímulo para o meu serviço.
7. A minha prática exige grande habilidade técnica (UTI), porém encontro na minha realidade grande preocupação com a TÉCNICA ficando falho o lado do "relacionamento humano" o que julgo de grande importância para que TODOS OS OBJETIVOS sejam alcançados. Não enxergando mudanças neste ponto que julgo de grande importância, hoje tenho buscado outros caminhos fora da UTI para crescer profissionalmente.

PROFISSIONAL 18

5. Eu trabalho em uma área bem específica que precisei aprender muito, algumas técnicas que aprendi durante o curso são básicas porém avaliação do paciente e mesmo administração do serviço aprendi em campo de trabalho.
6. Sinto-me bem, gosto do que faço, sinto realizada, às vezes sinto não poder fazer mais para o benefício do paciente.
7. Percebo que a minha prática poderia ser melhorada com cursos, estudos, etc. porém nem sempre é possível.

PROFISSIONAL 19

5. Ao término do curso, não me senti preparada para o mercado de trabalho. Enfrentei muitas dificuldades a nível prático e os procedimentos do dia-a-dia de uma enfermeira. Deveria se exigir mais do aluno e oferecer mais a ele também.
6. Satisfeita., realizada profissionalmente. Gosto do que faço.
7. Sinto a falta de valorização do profissional a nível financeiro (ganha-se pouco); a própria instituição não valoriza o seu profissional (o "bom" profissional) e a sociedade nivela o grupo de enfermagem (enf., auxiliar, técnico e atendente)
8. Deveria haver uma mudança a nível do estágio do curso: mais tempo de prática e o aluno deveria ser acompanhado por um profissional atuante na área, para melhor aproveitamento do campo de estágio.

PROFISSIONAL 20

5. Durante a formação no curso tudo era muito vago, parecia distante da realidade, deu base para o futuro. Posso dizer que aprendi muito mais na prática trabalhando do que durante o curso.
6. Sinto bem, a classe está mais unida pelo menos aqueles com quem trabalho. Sinto que deveríamos nos unir mais para lutar por melhores salários.
7. Tenho visto as duas partes da prática: a assistência quando trabalho no serviço público e quando trabalho no serviço privado vejo a parte administrativa.

PROFISSIONAL 21

5. De um modo geral vejo como positiva a formação que tive pois favoreceu a minha inserção na prática. Isso se deu mesmo durante o curso q/ não estava voltado somente para a teorização.
6. Cada dia a gente se vê num papel, a área é muito mais abrangente q/ eu imaginava não só em relação as funções e atribuições mas também em relação ao q/ podemos fazer enquanto enfermeiras.
7. Eu vejo q/ a prática jamais pode ser desvinculada da teoria pois o conhecimento é o alicerce da nossa prática. Essa busca do conhecimento nunca deve parar p/ você não parar no que faz. Estou no momento, procurando um espaço na minha vida profissional p/ aperfeiçoar minha prática.

PROFISSIONAL 22

5. Visto que a formação teve como base a assistência hospitalar, a relação é relativamente grande com a prática que tenho desenvolvido, dado ser enfermeira assistencial. Apenas a

especificidade da prática é que se incorpora no dia-a-dia, de acordo com essa prática desenvolvida.

6. Gosto muito da minha profissão, acredito ter feito a escolha certa e a certeza de ter me encontrado ao voltar-me para a neonatologia. Entretanto, o desestímulo e o descompromisso da classe de enfermeiros em relação à profissão contribui para que a mesma se mantenha obscura, indiferente e, principalmente, desvalorizada, isso entristece-me muito.
7. Acreditando que a prática esteja vinculada à teoria, muito há ainda por desenvolver, já que o processo de aprendizagem se faz contínuo, logo, percebo minha prática em desenvolvimento, o que leva a buscar conhecimentos e direcioná-los no sentido de aprimorar e acrescenta muito à minha prática.
8. Penso que a enfermagem ou seja, a profissão de enfermagem é uma arte a partir do momento que exige dedicação, destreza e percepção dos valores dos seres humanos, para que sua intervenção seja eficiente e eficaz, indo de encontro com as necessidades da população alvo.

PROFISSIONAL 23

5. Foi bom o enfoque oferecido em algumas áreas do curso, do indivíduo como um todo pois é importante encarar o indivíduo globalmente para que possa atuar e perceber o retorno do meu trabalho de maneira mais clara.
6. Sinto-me realizada, pois gosto do contato direto que tenho com as pessoas.
7. Não é uma questão de fácil resposta, pois na área onde atuo é difícil avaliar o retorno das ações do enfermeiro.

PROFISSIONAL 24

5. A formação teórica que recebi me deu bom suporte para desenvolver a prática. Exceto procedimentos muitos específicos, tive a oportunidade de ver tudo preciso no meu dia a dia nos estágios e em sala de aula.
6. Vivendo perigosamente, fazendo parte de uma classe que não é unida, não é instruída, não é valorizada, e nem ao menos bem remunerada. Ainda assim acho meu trabalho maravilhoso e me realizo. Não sei qual dos fatores citados deve mudar primeiro para alterar o produto, mas é preciso mudar alguma coisa urgente e ainda assim, vai sobrar emoções!
7. Como uma boa prática apesar de ainda estar aprendendo muita coisa.
8. Quando aluna não achava o curso de Enfermagem da UNICAMP tão bom. Precisei de dois anos de prática e contato com colegas de outras escolas para perceber que o nível de ensino era bom, e que as oportunidades de aprender eram muitas. Nem todas aproveitei.

PROFISSIONAL 25

5. Foi muito boa minha formação profissional, pois reforçou os meus conhecimentos científicos, em uma entidade sou assistencial e na outra sou administrativa, a responsabilidade por um hospital médio porte as vezes me assusta um pouco.
6. Muito bem, as vezes um pouco insegura com relação a medidas administrativas, mas num balanço total estou bem, graças a Deus, realizei um sonho meu e de minha mãe.
7. Mais segura, mais reforçada em minhas condutas.

PROFISSIONAL 26

5. Em relação à minha prática profissional, o curso de graduação não conseguiu abordar de maneira completa, prejudicado pela ênfase da formação a nível hospitalar em detrimento da formação em saúde pública/saúde mental.
6. Desafiado, visto que necessito ao mesmo tempo desenvolver ações de caráter gerencial, com ações de caráter assistencial, ambas de qualidade, em complexidade diferentes. Soma-se a isto a minha carga horário semanal de 76 horas.
7. A nível de centro de saúde, como prática social. A nível de saúde mental, como prática assistência terapêutica.

ANEXO 3

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Apresentação da pesquisa.

1. Como você chegou até a enfermagem?

2. Como você percebe a sua escolha pela enfermagem e sua relação com a profissão?

3. Que relação você estabelece entre a formação que recebeu no Curso de Enfermagem e sua prática profissional?

4. Como você percebe o trabalho da enfermagem? Como avalia sua prática?

5. Que conflitos/dificuldades que você identifica em sua prática profissional?
Como lida com os conflitos que identifica no ambiente de trabalho?

6. Qual é a relação que existe entre seu trabalho e sua saúde?

7. O que você entende por saúde/doença? Como isso se reflete assistência que presta ao paciente? Como cuida da sua própria saúde?

- Momento destinado à expressão de idéias ou questões de interesse do entrevistado.

ANEXO 4

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTA COM SUJEITO "D"

A primeira questão que eu gostaria de colocar pra você é a seguinte: como é que você entrou pra enfermagem, como você chegou na enfermagem?

- Pra falar a verdade foi por falta de opção (risos) Prá medicina,assim, eu acho.....eu gosto de.... cuidar, né, de ver a pessoa, conversar, tal, e eu achava que a medicina ia ser uma coisa mais fria, assim, ia ser coisa passageira também e... as várias opções, eu fui indo e tirando assim, mas eu não conhecia nada da enfermagem, o que que fazia, como é que era o curso, nada, né, aí de início eu tentei o colégio técnico pra ver como é que era tudo, aí na entrevista acharam que não tinha muito perfil pra seguir enfermagem "não porque acho você é muito boazinha, acho tem que ser uma pessoa mais dinâmica pra seguir enfermagem" pela entrevista que eu fiz pra entrar no colégio técnico, que eu lembro, não tinha perfil pra ser técnica de enfermagem, aí fui vendo o que era a enfermagem, como que era o curso técnico e tal. Bom aí, depois soube da faculdade de enfermagem também e eu tinha uma prima que é enfermeira já obstetra, né, há muito tempo também, conversando com familiares e também falaram assim: "bom, se você for parteira vai ter trabalho pro resto da vida (risos) porque filho nasce, criança nasce sempre" aí, assim.....mas também não me toquei muito em ser só obstetra, aí ..fazendo o curso, tudo.....entrei mais por.....Pelo menos, a impressão que dava assimmédico entendeu, é uma coisa mais.....é aquele que vê o que que você tem, né, trata mas você não tem mais.....(silêncio)

Você achava que na medicina você teria um contato mais rápido com o paciente?

- Aí, na enfermagem, pelo menos, eu vi que não, que.....eu tive uma avó doente também que ficou muito tempo internada, então o que a gente tinha de contato era com o pessoal da enfermagem, só que na época eu não sabia quem que era a enfermeira e até hoje o pessoal faz confusão mesmo, né, os.....parentes e opróprioo próprio paciente. Quem é enfermeira? Enfermeira é tudo. Só que então a gente começa a ver uma referência, alguém mais.....né, que se vê que tá.....alguém mais diferente, no caso naquela época era a enfermeira mesmo, só que ela.....aquela que tava pra cá e pra lá, a gente não tinha tanto contato, o contato maior era com atendente, auxiliar, na época que eu tive. Mas eu não sabia ainda direito como é que funcionava também, depois com a minha prima, conversando com ela tudo que ela explicou mais ou menos, eu falei: "Bom, vamos tentar", né, (risos) mas foi por um acaso também. Eu vi várias coisas, odonto, eu falei: "não, dentista eu morro de.....(risos).....pavor" então, eu não quero.....dentista,.....agrônomo, eu tinha um primo agrônomo também, eu falei "não" eu.....já saí do sítio tudo, né,(risos) e apesar de gostar...de mexer com terra "Ah! não! acho que agronomia não vai dar muito certo", aí fui tirando.....e sobrou enfermagem.

Você fez o colégio técnico ou não ?

- Não, aí fiz o colégio normal e depois prestei concurso, prestei vestibular pra enfermagem só. E como você está se sentindo como enfermeira, agora?
- No começo foi difícil porque eu fiz.....acho que eu fui até sua aluna na administraçãopública aí eu fui depois, não segui a saúde pública e prestei aqui, né, pratrabalhar dentro do hospital, então, tem um pouquinho de diferença e outra,.....enquanto você tá fazendo o curso você não tá tão ligada em aprender várias coisas, tal, ou ver qual que você gosta mais, então, e outra, que eu tava levando o curso assim... (risos) mais.. sem aprofundar muito, sem muito interesse na época.....achei que se eu fizesse o curso agora eu ia aproveitar muito, né, e se eu tivesse tido algum.....quem faz..... é quem já é auxiliar e faz o curso talvez consiga é.....aproveitar mais também, eu vim muito crua também, né, pro curso. E então..... o começo do curso foi difícil, o impacto assim já de vir toda aquela batelada: bioquímica, anatomia, fisiologia, são coisas que a gente não tem no colégio, né, só uma pinceladas e vem pra cá..... é assim, tudo muito corrido, você estuda mesmo pra passar, aí chega depois você vai aplicar fala "poxa"....(risos) agora que eu tô pegando os livros antigos e vendo, aí você tá lá com o paciente, aí você começa a ver com o médico o que que tem, o que é que é isso, o que é que é aquilo, aí você vai buscar na bioquímica, gasometria não sei o que, então, é interessante agora mas isso depois de 10 anos, mas isso já vem de.....uns 4 anos pra cá, vem melhorando.

Você acha que o ensino vem melhorando?

- Lá dentro (referindo-se à instituição na qual trabalha), acho que o interesse da gente, e outra que lá dentro a gente tá levando muito pro lado científico também

Ah! a prática mesmo.

- Tá tendo um direcionamento científico por parte da diretoria, né, acho que o supervisor, diretor, isso tem ajudado bastante, reciclagem, então acho que o interesse do pessoal lá em melhorar é grande só que a gente vê que a barreira é grande também, acho que o interesse das pessoas que tão lá em querer é melhorar ou mudar uma rotina que já tá estabelecida é difícil.

Você sinalizou as dificuldades que você foi encontrando ao longo desse tempo, como você avaliaria seu desempenho, sua prática, como está vendo isso?

- No começo acho que era muito confuso, acho que eu disputava espaço com o auxiliar, né, (risos) eu achava que pra eu mostrar o meu serviço eu tinha que fazer lá, então eu ia lá, tinha medicação? Então "vou pegar a medicação, vou fazer", "Ah! tem que virar o paciente?" "Vamos virar", "tem que trocar?" "trocar" e vi que isso também na época era outra diretora e era tudo fazer junto, era.....assim, o lema da diretora antiga era fazer junto, então ela colocava auxiliar, enfermeira, atendente todo mundo junto fazendo tudo junto, então misturava muito mesmo, então eu tava me embolando lá no meio, junto com o auxiliar e o atendente e eu lá, mas sem..... eu como enfermeira falar: " Olha! tem que tomar cuidado com isso ou aquilo". Não! Eu fazia junto sem pensar muito se tava certo ou errado, se a pessoa tava fazendo de uma maneira contaminada ou não, porque ia ser mais rápido ou não, então eu não questionava muito, mas isso foi assim..... eu recém formada e a diretora também com uma mais cabeça diferente, né, esse fazer junto foi muito prejudicial pra gente, no começo, quem entrou lá, porque aí o auxiliar, a atendente não tinha respeito pelo enfermeiro, tava lá no meio mesmo, então eles achavam que se a gente tava fazendo alguma parte burocrática, tava enrolando, né, então a gente perdeu o respeito, esse espaço a gente perdeu durante uns 5 anos mais ou menos. E até hoje a gente tem seqüela disso, né, (risos) então eu as vezes tô lá no meio e eu vejo que eu tô entrando as vezes pro lado assim muito prático, aí, eu tenho que puxar um pouquinho, né, aí se eu faço isso, vou pra parte... parte de orientação, ou senão eu tô fazendo minha prescrição, evolução, avaliando paciente, as vezes eu vejo o pessoal olhando assim "Pô, parece que tá enrolando!" Eu fico pensando: "O quê eles estão pensando?", ainda com 10 anos, (risos), então esses 5 anos que eu passei fazendo junto foi que..... trouxe muita barreira assim, na parte de crescer mesmo, na parte de orientação, na parte é.....de.....é prescrição, evolução, esqueci o termo, e agora que tá tateando de novo, depois que mudou a diretora, acho que já faz é3 anos. Agora, na última gestão.

Me fala um pouco assim, como você está você falou da escolha, quer dizer, de uma forma de escolha da enfermagem, que não foi bem escolha.....

- É hoje acho que foi.....(risos)..... foi mais por exclusão, né,.....foi mais ou menos sim. Mas hoje em dia eu gosto mesmo, só hoje acho que se eu tivesse mesmo seguido.....sabendo o que eu queria, talvez eu tivesse aproveitado melhor o curso em si, talvez tivesse aproveitado melhor os..... professores também, acho que eu levei o curso assim, pra fazer, pra passar, terminar, ter uma profissão. E agora exercendo a profissão que eu vejo que faz falta mesmo a gente ter embasamento melhor, e ainda acho que o curso aqui é muito bom, porque a gente tem recebido vários enfermeiros de outros cursos, tá vindo gente de Araras, de outras cidades, e a gente vê que eles vêm com pouco embasamento, né, as vezeseles vêm pra ser.....talvez umadministrador, eles não tão preparados pra ter que ensinar uma técnica, o que é certo, ou melhorar, a gente senta pra discutir uma técnica a gente vê que eles ficam meio assim.....Então, aqui acho que ensina parte técnica também melhor, né, agora a parte da gente é..... de administração acho que fica um pouco falho também, da falta.....é porque não tem uma linha a seguir, a gente segue também..... tem um roteiro pra fazer prescrição e a evolução, a gente segue esse roteiro e cada um faz de um jeito a aí fica uma coisa tão enorme (risos) que ninguém lê também, então tem um problema esse negócio de prescrição, isso frustra um pouco também, a gente escreve lá como é que paciente tá, não sei o quê.. tudo, evolui nas 24 horas depois faz a prescrição de tudo que tem que ser feito, aí fica, né,..... uma folha inteira, aí depois no final do plantão você vai ver se a pessoa checkou ou não checkou e não checkou nada, né, a rotina sai independente da gente fazer aquilo ou não. Eu falo: "Pô", então....

Agora, a prescrição médica é checada?

- Não! Checada e tudo bonitinho marcada, não esquece nenhum detalhe (risos). Agora, a prescrição de enfermagem fica..... porque banho, bem ou mal faz, né, não importa se é de leito ou aspersão, a gente prescreve: "leito ou aspersão", mas a pessoa já sabe se é ou não é, tal e quando tem dúvida, apesar de estar prescrito "banho de aspersão em cadeira de rodas, tarará", eles perguntam : "Ah! esse paciente é pra levar pro banho de aspersão?", né,

então não lêem, então eles vão fazendo sem saber as orientações, a gente faz verbal...(risos)

Quer dizer que corre meio à parte, existe a prescrição, assim, a evolução que o enfermeiro faz mas a equipe de enfermagem, de certa forma, trabalha meio que desconhecendo isso.....

- Sabe que tem..... que tem que ler, só que a rotina acaba envolvendo e se pará pra ler aquela coisa muito extensa também é uma forma de falar que.....(risos) é..... eles tem uma certa razão, apesar de perder 5 minutos, mas acho que eles acham que é 5 minutos que já dá pra ir fazendo, então eles já pegam o plantão já vai vendo quem tem que aspirar já vão aspirando, os que tem, né, que,..... tão no tubo, independente de tá prescrito lá “aspirar as 14, 16, 18 ou se necessário” Então, não tem uma padronização, eles já vão seguindo o que já estabeleceram há muito tempo atrás independente da época que se tinha prescrição ou não. Aí, estipulou agora, né, com.....

Aí o impacto que tem essa sistematização da assistência não (a fala do pesquisador foi interrompida por D)

- Não mudou nada.....

não interferiu na qualidade da assistência de enfermagem que é prestada?

- Deveria melhorar, mas não, porque eles fazem o que faziam independente de tá prescrito ou não, e sem seguir mesmo, eles seguem a rotina já que existia antes, que a gente já estabeleceu um roteiro, antes de ter a sistematização a gente escreveu um roteiro, de manhã, de tarde, de noite, o que fazer, o trio, né, na época da fulana (referência a enfermeira que ocupou o cargo de diretora de enfermagem na instituição no qual D trabalha), o trio, o que cada um ia fazer, então ela escreveu, desde que pegassem o plantão os três juntos o que cada um do trio ia fazer, o que cada um ia fazer naquele horário, e cronometrado assim, meia hora, uma hora, pá, pá, pá, até o final..... até passar o plantão, e eles seguem até isso mais ou menos até hoje porque foi tão assim, pá,pá,pá, que tem ser assim e mudou.....e o pessoal não mudou. Também, e tá difícil, né, e se a gente tá lá escrevendo, porque as vezes são 6 pacientes pra escrever, os que estiverem mais ou menos..., e demora um pouco já “iiiiii já tá lá na papelada!” o enfermeiro.

E o que é que você acha que tinha que estar acontecendo pra que esse trabalho que o enfermeiro está se dedicando, que é papel dele inclusive, tivesse mais repercussão sobre a prática do grupo em geral? Pensa um pouquinho o que você acha que poderia ser modificado, alterado?

- Então isso aí a gente tá tentando já há vários.....já..... de uns 2 anos para cá, batalhando pra ver se consegue fazer com que eles leiam aquilo pra ver o que que tão achando, só que eles não lêem, então, não sei, ficou assim pela metade mesmo, e fala assim: “por que que não lêem?” “Ah! porque..... não dá tempo,” “Ah! porque....” é.....então, é quando a gente fala assim: “Você checkou? Você leu o que tá escrito lá?” aí eles vão lá pápápá rapidinho lêem o que tá escrito. Por exemplo, eu tô à tarde, pra tarde fazer, aí tututu eles vão checkando, aí você vai ver assim “Ah! mas esse paciente já tá sem o dreno, foi retirado, por que você checkou, trocar o curativo do dreno, não tem mais o dreno”, “ Ah! então vamo bolá” então assim, então eles.....nem lêem o que tá..... prescrito então “já que é pra checkar, então vamo checkar tudo” ou as vezes nem checkam, né, nem..... então você pega a sua prescrição de ontem e você vai ver hoje não tem nem uma linha checkada, a anotação eles fazem atrás, né, o que é deles, anotar, só que anota.... se trocou um curativo, anota um curativo, “trocado curativo”, se colheu um sangue ou uma urina, ou um exame..... tá só..... anotação geral mesmo, o que eles tão observando..... paciente terminal (.....) ou não eles marcam no balanço que a gente tem uma folha, mas não fazem anotação atrás, “apresentou isso ou feito aquilo” não, a não ser que você vá lá depois “anotou?” e todo dia a gente fica “anotou? não anotou?” e a supervisora fica perguntando: “por que não tá anotando?”

Então o trabalho é mais insistir pra que as pessoas façam, leiam, anotam.....

- É de dia, que eu tô ficando..... eu tô há 4 meses já de dia, né, eu vejo que o pessoal tá mais..... tá fazendo, tá continuando. À noite é mais difícil acho, o pessoal da noite não tem costume de fazer anotação geral, né, durante o dia o pessoal ainda faz uma anotação, eles vêem mais ou menos fazem um resuminho assim “paciente assim, assim, consciente ou não” então eles escrevem pelo menos o que tão vendo no momento e fazem uma anotação, agora, de noite, apesar de ter mais tempo o pessoal não faz muita anotação, talvez uma falha de a gente estar cobrando mais também, a coisa funciona na base da cobrança, não tá incutido neles que tem que anotar, que tem que isso ou aquilo, na época da greve eles anotavam mais, porque era uma maneira de eles falarem que eles não tavam participando de greve, tavam lá, então cada um fazia a anotação pelo menos de um

paciente, (risos), é interessante esse negócio (risos)..... então é meio difícil assim a gente implantar a sistematização talvez..... porque não tem como mostrar pra eles a importância..... se não tiver uma prescrição médica a coisa não anda, porque fica tudo parado, qual medicação é pra dar, eles não vão saber se tem que por soro ou não tem, qual o soro que vai ser, tem lá o intracat aí a gente põe um sorinho pra manter mas ... a gente vê que eles ficam perdidos, né? “E aí o que vai que fazer? O que não vai fazer?” agora, se não tem a prescrição de enfermagem a coisa anda, eles começam pelo banho, vão aspirando, vão fazendo higiene, vão dar comida, pápá, e a coisa funciona até final do plantão sem problema nenhum, tem o curativo, depois do banho já automaticamente já trocam, aí não precisa escrever que tem que ser com soro, passar povidine e depois secar, porque eles já sabem a técnica, né, passaram a técnica direitinho no treinamento, então tem o treinamento de como fazer, então eles não seguem a linha, e as vezes a gente prescreve tudo também, então pra ler tudo aquilo lá e depois ter tudo pra fazer, aí realmente (risos)..... E uma maneira que a gente tava pensando de mudar essa prescrição, então “vamos é.... diminuir” fazer só direcionada, o que é de rotina já preestabelece pra todo mundo e deixa um padrão ou já datilografado ou sei lá o que, e deixa, como acontece já no (em uma determinada enfermaria) e no (em outra enfermaria) acho que parece que lá eles tem um padrão, e só prescrever o que é do paciente, observar mais o que, no cardiopata, se tem arritmia, o que que é.... edema, né, direcionar pra cada paciente, mas isso ainda tá assim..... só no pensamento (risos), ainda não..... talvez seja o caminho, mas se eles não lêem nem o que tá ainda, né,.....(risos) na misturada que a gente faz, eu não sei sedirecionando..... Mas a gente vê que se tá bonitinho, datilografado bonitinho, eles falam: “Nossa! Que bonitinho” não sei o que e eles lêem também, talvez mudar alguma coisa..... e tem outra que prescrição ilegível, né, (risos) a minha letra também é terrível, então tem que fazer letra de forma mas mesmo assim se você tem 3 ou 4 pra prescrever num dia, aí já.....chega uma hora que não dá mais a letra já sai..... e tem gente que não se preocupa então já escreve com garrancho aí ninguém lê mesmo, né.

Como você interpreta esse dado, que significado isso tem pra você, essa atitude da equipe, né, dos auxiliares, da enfermagem em relação à prescrição de enfermagem, o que isso te faz pensar?

- Pode parecer meio assim....(risos).....é..... parece ser uma coisa que a gente tá perdendo tempo pra eles, a gente tá lá escrevendo como é que o paciente passou de ontem pra cá, a evolução nossa parece que pra eles não pesa nada, porque tem a evolução médica também, então eles pegam a pasta pra ler as vezes quando eles querem..... saber como o paciente está, eles pegam o prontuário, se tá calmo, eles pegam o prontuário médico pra ler, onde tem a evolução médica, só que não tem detalhado como a gente faz porque é..... de ontem pra cá, é evoluiu assim, assim, assim, é rapidinho, né, é são 5 linhas, mais ou menos, que o médico coloca, e a gente não, é..... pelo nosso roteiro a gente escreve tudo, como é que o paciente tá, da cabeça aos pés, pelo exame físico céfalo-caudal, e pápá, vai anotando assim como é que tá e de ontem pra cá como é que tá, se melhorou nisso ou naquilo, né, então é um pouquinho mais complexo pra eles lerem, ea parte de prescrição parece que pra eles também não faz diferença se tem ou não tem, porque o que tá lá é rotina e, pelo menos, à tarde, à noite a gente costumava fazer uma visita rapidinha nos quartos dos pacientes antes de iniciar o trabalho pra “Ó esse paciente é diabético, então vamos ver poliúria, se ele tem alterações ou sudorese, isso, isso, isso.” Passava assim, o sinal clínico que tem que observar, rapidinho pelo menos de cada paciente, então já direcionava um pouco o que observar no paciente, isso e aquilo é tudo que tá escrito no “observar e anotar”, um punhado de coisas, né, e tá misturado lá os sinais clínicos de de cada doença que a gente faz, então nessa passagem rapidinho que a gente fazia já passava mais ou menos o que observar, então eles já não liam mais nada (risos). E durante o dia não, como é curto o tempo, então eles já pá, pá, pegam o plantão, cada um já se divide e já vai fazendo o que tem que fazer e já inicia o trabalho, mesmo assim ainda aí no finalzinho do plantão a gente vê que eles escrevem rapidinho, né, se trocou o curativo, deu banho e não sei o que, não sei o que, mas isso não é logo após o procedimento, é tudo..... quando dá um tempinho, um espacinho, eles já escrevem. Então, pra eles é uma coisa assim é..... por obrigação mesmo, fazem ,anotam, por obrigação.

E pra você? Como você vê isso?

- Tem dia que eu falo até: “Puxa vida! Tenho que prescrever!” né, porque é uma coisa que a gente vê que..... não tá adiantando, a gente perde, de cada paciente até fazer uma exame físico, uma prescrição e uma evolução, pelo menos meia hora, de tudo, e se quando eu tiver

4 pacientes, se tiver bem o paciente leva uns 15 minutos cada um, mas mesmo assim já dá meia hora, uma hora, mais ou menos, e parece um tempo perdido mesmo porque você não vê um retorno disso, eu vejo pra mim que eu fazendo o exame físico todo dia eu noto assim, mudanças sensíveis no paciente: "Nossa! Ontem tava edemaciado e hoje tá menos, tal" então eu falo pro paciente "olha, o senhor tá melhorando, assim, assim, tal", né, mas pra equipe fica uma coisa assim..... eu anoto lá, "que tá apresentando melhoras, nisso e aquilo", mas pra equipe isso não muda nada, então, pra eu ver o paciente todo dia, é lógico é eu consigo ver o trabalho, avaliar, se tá assim..... os cuidados estão sendo feitos, se tá aumentando muito o número de escaras, né, dá pra saber se eles tão relaxando no..... na mudança de decúbito ou não, apesar de tar lá prescrito, a gente não faz a cada 2, como deveria ser, porque tem muita rotina, muito paciente grave pra cuidar, né, e pouca gente, ficam 3 pessoas pra cuidar de 4 entubados e mais 2 pacientes ainda, então..... se for trocar..... virar a cada 2 horas você fica só fazendo isso, então deixou assim a mudança de decúbito no limite, cada 4 horas, e mesmo assim éteve uma época que não tinha tanto piora, né, na escara, e hoje a gente tá vendo que a escara começa, com um vermelhão, daqui a pouco já tá.....uma plaquinha de necrose, aí debrida, não sei o que, tá aprofundando. Então,..... na reunião a gente tem passado "acho que tá havendo algum descuido, né, porqueou de algum plantão" aí, toda plantão fala: "a gente tem mudando cada 4, rigorosamente, tal" (risos) ninguém fala que não tá fazendo, mas a gente vê que o cuidado tá sendo mal feito porque..... bom, pode ser que o paciente seja pré-disposto, né, a gente vê, mas tem alguns pacientes que não tão ...obesos, não tem, né,.....não tem diabetes, não tem não sei o que, e tá piorando também, e é coisa assim numa semana você vê, no início tava assim numa semana já tá quase abrindo a necrose, então a gente fala "ó, tá piorando, acho que tem que observar mais isso ou aquilo, tal", né, mas mesmo assim é..... é como falar.....né.....

E pra... pro grupo médico, eles consideram, eles lêem a evolução de enfermagem?

- Não.

Não? Nem tomam conhecimento também. Mais ou menos como.....

- É como tá lá, a prescrição de enfermagem, a evolução de enfermagem fica na anotação de enfermagem, então eles não lêem, a não ser quando tem dúvida, "Ah! será que colheu aquele exame que eu pedi?", "Ah!, então tá anotado atrás" aí eles vão lá anotar..... vê atrás, tururururu, e procura o exame, "Não, não tem nada anotado em exame", mas não lêem assim, né, tudinho, só procuram o que interessa, né, "Ah! foi mais ou menos as 2" aí vão procurar as 2, "Não, não anotou. E agora? Colheu ou não colheu?" eu falo assim: "Ah! agora só vendo no laboratório, se deu entrada, porque eu não tenho como saber", então eles ficam meio assim, né, mas não lêem. (silêncio) Agora como mudar isso? A gente tem propostas de...de... de alguns enfermeiros, né, "então, vamos tentar só prescrever.....deixar de prescrever o que é rotina, higiene...." agora, se..... tem dúvida, se tá fazendo o que tá prescrito, se deixar de prescrever será que eles vão falar assim: " Ah! então já não é mais pra fazer porque não tá nem no papel"? (risos) então o caso é meio grave. Então a gente fala assim: "será que é por causa do..... que o pessoal tá desanimado, porque o salário tá baixo?" então nas reuniões, questionando o que que tá acontecendo, a gente fala assim: " é porque tem que ter 2 empregos, pra poder compensar, então vem cansado, ele já vem, né, desgastado" então o pessoal tá desmotivado. E acho que não é só por problema financeiro, acho que o pessoal tá ficando cansado mesmo, da rotina lá, a gente tem trabalhado com pouca gente, né, porque tá tendo muito rodízio de pessoal, o pessoal treina, fica lá, uns 5 meses, 6 meses, pede demissão porque no outro hospital tá pagando melhor, aí começa tudo de novo, treina pessoal, tudo..... Então quem tá lá já há 10 anos que nem eu, (risos) as vezes fica sobrecarregado, porque falta gente, porque tá cansado, ou senão porque um é novo então tem que ficar com mais gente pra., né,..... cobrir esse novo, aí a gente trabalha com é 1 enfermeiro pra todo posto, aí você não consegue ver quase, você vai priorizar, só ver o que tá mais grave, né, aí quem tá melhorzinho que você tem, quando tem tempo vai lá conversar, tutututu, se sente meio ressentido e fala: "hoje ela não quer..... nem olhar na minha cara" (risos) as vezes eu me sinto mal assim de não dar tempo de..... tá mais em contato com o paciente, aí a gente tem que priorizar, né.

A outra questão tem muita relação com isso, é você está dizendo dessas dificuldades que você vê no trabalho e que isso traz, reflexos pra você, na forma de você estar se sentindo lá, como você lida com esses conflitos, que você observa entre falta de pessoas e isso acarretar sobrecarga, e você se desgasta até fisicamente e emocionalmente, como você.....

- É acho que..... por eu ter esse temperamento calmo, apesar do plantão que pode tar com 1 ou 2 pessoas, tá meio corrido, a gente tenta levar, tem gente que cobra isso, aquilo, tal, então, mas então a gente conversa antes, fala assim: "ó só tem 2 pessoas, a gente vai ver o que dá pra fazer", né, priorizar mais o que é mais importante, deixar de aspirar paciente, não dá, deixar de virar o paciente, não dá, então a gente vai conversar com os médicos e falar "hoje tá com pouca gente é.... o que a gente faz controle a cada 2 horas", se for paciente que tá estável, a gente vê que de manhã passou estável, então "Vamos espaçar um pouquinho mais o tempo", né, e tenta negociar, no plantão. É isso..... por eu saber que esse dia foi desgastante, é lógico que eu não vou ficar descabelada porque pro paciente deixou de ser feito isso ou aquilo, né, acho que isso já com 10 anos, no começo ainda eu ficava meio assim: "Pôxa, daria pra ter feito mais!" então, e..... cobrar do pessoal também..... antes a gente fazia, fazia, fazia, sala de lá descabelada, cansada, no outro dia assim nem agüentava trabalhar mas ia, entendeu? Hoje em dia não já..... acho que dá, você conversando com o médico, dá pra negociar..... se você tiver um bom relacionamento também, tem gente que já chega lá berrando " Eu vou fazer isso, não vou fazer aquilo" acho que não é por aí também, então acho nesse..... pelo meu temperamento acho que eu consigo manter mais ou menos. O que eu tinha dificuldade antes era assim..... é... eu peguei o cargo de supervisão uma época, e aquilo era..... aí você quer abraçar o mundo, você quer resolver tudo, e... eu via as coisas erradas então eu já ia lá, já tentava resolver, fazia isso, aquilo, saía de lá descabelada e isso ia somatizando também, chegava..., não dormia direito, tinha dor de cabeça, dor no corpo, chegava a até a ficar com todo músculo empedrado, aí ia no médico, tinha que tomar relaxante muscular e ele falava assim: " Mas o que que tá acontecendo? Você tá carregando o que? peso assim, fazendo musculação?" , "Não! Acho que étensão, né, que tá acumulando." e que, assim, durante 2, 3 anos levando até que falei: "Não, não dá!" chega uma hora que você fala assim: " Você tá agredindo seu corpo sem saber!" e ficar distante assim do cuidado do paciente também eu não tava gostando, então eu já sei, parte de cargo de supervisão ou qualquer outra coisa não dá, e como enfermeira acho que você acaba mudando.... a cabeça, você não fica só uma enfermeira assistencial, se você já direcionou, um pouquinho que seja, se já não consegue só seguir uma linha, tem que ter uma visão mais ampla, então isso ajudou apesar de ter me agredido, me ajudou a ser mais assim a não ficar tanto assim na assistência, conseguir dividir um pouquinho, né, tá lá ajudando quando precisar, então ter a visão de que naquela hora eu fiz mais, ajudei a sei lá, a virar, trocar paciente, é porque a outra pessoa tava dando banho, paciente fica lá sujo, então o que custa pra enfermeira ajudar a trocar, né, tem gente que acha que é um absurdo assim, ver a enfermeira fazendo higiene íntima ou trocando o paciente fala: "Nossal como é que pode, né, uma enfermeira padrão (risos) fazendo isso?" mas acho que é..... é de momento, teve uma época que eu só fazia isso e achava que com isso eu tava, né, me entregando à enfermagem, fazendo, tal, então tava tudo muito misturado, hoje em dia dá pra dividir melhor, que é..... porque é que eu tô fazendo uma coisa básica, por exemplo, é pro enfermeiro fazer uma assistência mais complexa, mas as vezes eu tô me vendo lá fazendo uma..... ajudando uma higiene ou outra, né, mas isso eu sei que é porque o pessoal tá..... corrido, tá com pouca gente, então a gente tem que..... se não colocar a mão na massa, como dizem, nãosai o serviço mesmo, ou sai mas sai muito tarde, né, e pro paciente, seria muito desagradável, ficar lá evacuado e esperar mais 2 horas esperando que o pessoal desocupe. (pausa) Eu acho que o setor conta..... é diferente o rotina do trabalho, né, por ser paciente grave..... mas não tem esquema de UTI, a (unidade de internação na qual trabalha) recebe paciente que deveria tar na UTI mas não tem recurso de UTI, então a gente acaba fazendo coisa braçal as vezes que na UTI já tem outro esquema, né, a gente tá lá fazendo sinais vitais tarárárá, lá nananana é só ver no monitor já sai tudo, a pressão (trecho incompreensível) então a gente..... acaba fazendo muita coisa que deveria.....ganharia mais tempo se tivesse um recurso melhor. Por outro lado, lá não é visto como é..... enfermaria especializada ainda, então a gente trabalha, faz mais coisas do que uma (referência a outra enfermaria), paciente que tá enfermaria geral faria, isso acaba assim..... gerando, né, um descontentamento do pessoal, "Puxa vida! a gente rala e ganha a mesma coisa!", alguns que tão lá há mais tempo porque gostam desse tipo de paciente, gostam dessa rotina, aí, as vezes, esses dias eu comecei a questionar "Será que a gente gosta ou já tá acostumado, lá", porque tem muita gente que saiu de lá depois de 6 anos à noite, né, depois de 6 anos porque tava meio sentindo meio cansado, e foi fazer plantão extra em outros setores e se identificou com outros tipos de pacientes e saiu, e lá a gente mexe com várias especialidades e tudo, né,

acaba vendo um pouco de tudo, então no começo é bom, porque você aprende vários coisas que se é o que você já tinha esquecido da época da faculdade, você tem que lembrar, então é muito bom, né, por ter tudo, tanto cirúrgico quanto clínico, tem de tudo lá. Aí você fica lá fazendo, fazendo, fazendo, um belo dia chega lá.....a colega que trabalhava lá e fala: "Ah! Fulana, eu tô lá na (em uma determinada enfermaria), tô adorando, porque dá tempo de fazer as coisas, o pessoal respeita, o enfermeiro tem seu espaço de enfermeiro." Eu falei, " bom, então nós não temos espaço de enfermeiro na (no seu setor de trabalho) ainda, apesar do trabalho que a gente tá tentando", né? Porque se a gente não tem..... se alguém chega lá no..... meio do serviço, é que não dá pra identificar quem é o enfermeiro lá no meio..... porque a gente tá lá no quarto, ajudando a aspirar, ajudando a virar as vezes, e eu não me sinto assim menos enfermeira por tá fazendo, então já..... acho que depende da cabeça de cada um se sentir enfermeira ou não.

Você falou, comentando como é que se sobre o trabalho lá dentro, sobre o trabalho da enfermagem como um todo, do enfermeiro, e os auxiliares, você acha..... tomando com exemplo a questão da sistematização que não há um trabalho integrado da equipe, isso algo que te traz algum conflito? Porque você falou que procura superar, o que é que pode ser feito pra minimizar essa falha, vamos dizer, "será que se mudasse o formato, a apresentação, as pessoas vão ler mais, considerar mais" o fato de identificar isso te incomoda?

- Incomoda sim, porque o dia que eu não posso fazer porque eu tô sozinha no setor e eu não posso fazer a minha prescrição, a minha evolução, apesar de eu saber que tá corrido, eu me sinto mal, porque parece que eu deixei de fazer o meu serviço, porque sendo enfermeira, o meu serviço único (risos) , né, que diferencia do auxiliar seria prescrever e evoluir, na parte no contexto geral e os auxiliares seriam todos os cuidados, e se eu não posso nem fazer isso, né, eu falei: "Puxa vida! não fiz o meu serviço desse dia", mas por outro lado eu sei que não deu porque eu tive que ajudar na parte de medicação, algum controle, por falta de pessoal, isso aí tem acontecido com certa frequência. Agora dos auxiliares não verem eu até sei que eles não vão ter tempo porque as vezes tem 2 pessoas pra cuidar de 6 pacientes, sendo que 4 estão no tubo, se eles pararem pra escrever de cada um um pouco, ou entendeu? Vai ficar sem aspiração, sem os sinais vitais, ou sem medicação porque enquanto um tá vendo os sinais vitais o outro já tem que ir passando a medicação, e lá temcuidados, né, de de.... sinais vitais, medicação, as vezes cada 2 horas ou tem alguma medicação cada hora, eu sei que.....é.... o trabalho é muito lá..... só que por outro lado também fica, né,.....(risos) onde tá o meio termo? Onde a gente achar o meio termo? A gente tem discutido bastante isso e até agora a gente não conseguiu ou chegarnum meio.....de.....o interesse deles melhorar também, será que se..... se a gente diminuir mais, se eles souberem que lá vai tê escrito só o que é dentro daquele paciente mesmo, né, o que ele tem que observar mesmo daquele paciente, o risco que seria se a gente não seguisse aquilo lá, um perigo de eles fazerem alguma coisa errada mesmo, um risco de cometer algum erro, aí sim, acho que ... eles até leriam mais. Agora, se.....for sinais vitais e controles e eliminações, aí acho que não vai melhorar, porque eles sabem que bem ou mal eles fazem, seguem mais ou menos a rotina que já conhecem, né, agora se souber que lá vai ter escrito alguma coisa que se eles não lerem pode ser muito grave pro paciente, aí acho que vai direcionar um pouquinho mais a cabeça..... mas do jeito que tá hoje é meio difícil, mesmo se fizer muito floriadinho (risos). Tem uma enfermeira que dá plantão que ela risca, né, o que ela acha que é importante, que ela faz assim com umas cores diferentes aí o pessoal ainda lê sim, o que tá em..... com um risquinho a mais alguma coisa diferente, tal, então..... sei lá, não sei se tem que florir mais (risos), alguma coisa tem que ser feita.

Então a gente..... a enfermagem, enfim na área de saúde, é formada pra cuidar da saúde ou da doença dos outros, pensando nessa perspectiva, o que você hoje entende por saúde, como entende a saúde do paciente e como vê a sua?

- É complexo, né,..... (risos) eu acho assim, quando a gente vê o paciente, normalmente, a gente só tá enxergando porque que ele tá lá, então normalmente a gente só direciona o que tá acontecendo, o paciente tá com diabetes, então você só vai com a cabeça..... o pâncreas deixou de funcionar por algum motivo, papá-pá, e você não vê o contexto geral, você não sabe a história do paciente, é..... que tipo de alimentação, então fica meio difícil, os pacientes que a gente tem recebido, antigamente era tudo assim de nível muito baixo mesmo, de baixo recurso, hoje em dia não, a gente vê que é o pessoal que tem muito dinheiro e procura a instituição porque sabe que tem médico especialista que cuida disso ou daquilo, então fica muito difícil pelo nível do paciente você saber se ele tá doente porque em casa não tem dinheiro pra comprar remédio ou porque deixou de tomar isso ou porque

aquilo, tem paciente que tem segue lá, tem médico particular, sabe que segue rotinas de visitas e retornos direitinho, mas mesmo assim complicou alguma coisa e eles tão aí na instituição, então doenças assim, a falta de saúde, no caso, (risos) ficou difícil pra gente fazer uma avaliação vendo o paciente só da instituição. Agora do paciente, saúde, acho que é..... a situação aqui do Brasil inteiro tá meio caótica, né, saúde, a falta de investimento, acho que falta muito essa parte básica mesmo, tem gente que procura o P.S. aí, porque tá gripado, porque tá com febre, então as vezes enche o P.S. de coisas que podiam ser resolvidos na parte..... primária mesmo, né, do posto, o pessoal não tem muito costume de procurar o posto, as vezes vai no posto porque mais por..... pra levar o filho, mais prum retorno, parte de seguir o tratamento de criança, desnutrido essas coisas, mas a gente vê que não procura o posto de saúde porque tá com algum problema de saúde, doença mesmo, a gente vê que eles procuram o posto pra pegar remédio, né, e o hospital ficou pra cuidar da doença em si, as vezes que pode ser coisa rápida, as vezes pra uma coisa..... acho que tudo isso é falho por não investir muito, né, em prevenção. Só que a gente vê aqui, pelo menos na (setor de trabalho), é doença crônica, paciente que volta lá porque..... não, é diabete que volta, uma duas, três vezes lá, a gente já conhece o paciente, orienta direitinho como é que tem que tomar insulina mas mesmo assim descompensa por problema financeiro, emocional, tá muito.....no geral. E a minha saúde..... (risos) as vezes eu fico assim meio..... cansada, desgastada, né, de ver tanta gente assim, se ficar pensando nisso cê fica também meio doente com tudo, eu tenho muito..... muita facilidade de somatizar também, acho que por eu não por tanto pra fora a gente acaba somatizando, é dor muscular aqui e alí, é lombalgia, eu falo: "Eu não posso nem ir ao ortopedista, porque..... (risos) é lombalgia, é isso é aquilo" e por outro lado, por tá na área de saúde acho que a gente cuida pouco da saúde, a gente também não faz uma prevenção boa, (risos) eu não costumo ir regularmente fazer prevenção ginecológica também, não faço o meu toque de mama, que eu tenho que orientar, a gente(risos)....acaba se descuidando, eu, pelo menos, não me cuido bem. (risos)

Como você entende isso, a gente cuida dos outros e.....

- Pois é, e faz orientação direitinho pro pessoal, se a gente faz orientação de alta "Olha! a senhora tem que fazer isso aqui, tem que procurar isso aqui" e faz orientação pra pessoa, agora se a gente orienta mas a gente também não segue o que deveria fazer, então fico pensando "Mas, será que ela vai seguir direitinho?" as vezes não segue o que tá prescrito pelo médico também, fazer isso ou aquilo, segue um tempo aí melhora, então não..... "tem que tomar aquele remédio durante 7 dias", aí com 2 ou 3 dias "Ah! já tô sem febre" já não toma mais, então não segue totalmente o cuidado, acho que não sei se é cabeça de brasileiro ou o que que é (risos), mas a gente tem mania de cortar o tratamento pela metade. Em relação à família, eu pego minha mãe e meu pai, "tem que marcar médico, não sei o que", que seria o diabetes do meu pai, colesterol da minha mãe, então eu fico em cima, então eu levo ele pro médico, arrastado, eu levo pra..... então com os outros é mais fácil, né, agora chega na parte da gente parece que..... só quando começa a complicar muito, (risos) é dor, não sei o que,... quando já tá crônico aí você vai no médico, eu no caso. (risos)

Eu não precisei fazer as outras perguntas porque você acabou respondendo através das outras questões, você gostaria de estar fazendo alguma colocação?

- É, acho que a gente não sabe.....eu não sei, achoque hoje..... enfermagem tem várias linhas de trabalho, faculdades diferentes, então a gente vê hoje veio um enfermeiro novo ele ficou horrorizado de estar os velhos trabalhando lá, porque medicação a gente faz no horário, então eles falam: "Nossa! mas o enfermeiro tem que fazer medicação?" a gente fala: "Tem. De alguns horários, tem.", as vezes a gente tá lá trocando paciente e , "Nossa! mas enfermeiro tem que trocar paciente?" não é... as vezes a gente tem, então pra quem vem, vê uma coisa, fica meio distorcida, "puxa vida! na faculdade a gente vê parte administrativa, tal, coordenar a equipe, priorizar atividades, fazer o mais prioritário, não sei o que, tem várias coisas que a gente aprende na faculdade e chega aqui no trabalho é totalmente diferente?" (risos) então a gente tenta conversar com eles e falar assim: " Não! As vezes, aqui na (referência à enfermagem na qual trabalha), por ser corrido, por ser pacientes graves, as vezes a gente acaba, né, fazendo isso ou aquilo" então pra quem chega..... aí já começa o questionamento da gente também "Será que a gente tá fazendo a coisa certa ou não tá?" então acho que ainda, apesar de eu estar há 10 anos, ainda eu tô procurando também, um meio de trabalho, o que é mesmo uma função do enfermeiro?, a gente já fez vários questionamentos pros auxiliares, né?: "O que é do enfermeiro? O que que é função do auxiliar ?O que é função disso ou aquilo?" e tentou ver,

mas mesmo assim a gente vê que as coisas não tão bem definidas ainda, não tem um espaço próprio do enfermeiro, quando a gente segue alguma coisa “Não! isso é parte médica” “E o que é parte do enfermeiro fazer?”, né?, e fico assim meio..... até que ponto a gente pode.....né, chegar, até que ponto que não. E lá, a gente tem liberdade pra, as vezes, é..... o paciente tá lá fazendo uma hipoglicemia, faz é..... glicemia capilar e dá 40, aí eu já faço, se o médico não tá, falo pro auxiliar ou eu mesma faço, “Ah! vamos fazer glicose, né, pelo menos 25%, umas 4 ampolinhas pra subir” só que tem lugar que não pode medicar de jeito nenhum, então se eu medicar o paciente, mas pode dar algum problema, entendeu (risos) porque eu prescrevi uma medicação, que não é da minha alçada, mas se eu não fizesse isso o paciente ia piorar, então tem coisas que a gente ainda tá assim, até que ponto que o enfermeiro tem capacidade ou autoridade pra fazer e até que ponto que não pode, né, é uma coisa muito discutida ainda, (pausa) os auxiliares ficam meio perdidos também, né, se a enfermeira serve só pra fazer prescrição e evolução, “Então vai ficar lá? pra que enfermeira?, então, pra que tanta enfermeiras?” as vezes eles falam, porque é um por quadrante, são 4 enfermeiros por dia, né, então eles falam “ Se é só pra isso? né, então pra que tanto?” mas aí não, a enfermeira tá lá também pra ver a parte dos aparelhos, o funcionamento, a gente tem que saber como é que tá funcionando o aparelho, se tem vazamento ou não porque tem muito respirador, e tá vindo muito aparelho novo também, que a gente também não sabe mexer então tá tendo treinamento, então tá participando do treinamento, se a gente fica algum tempo fora pra fazer essas partes, ele ficam assim: “Ah! a coisa funcionou sem enfermeiro, nós somos muito bons porque olha, a enfermeira não tava e a coisa andou!” e anda, se a gente não tiver lá num dia, ou se eu tiver..... eu sozinha pra tudo, né, eu vou dar uma olhadinha nos mais graves mas a coisa anda sem o enfermeiro, então..... quem é esse enfermeiro? Qual é o papel desse enfermeiro? O que é ? Se ele não tiver a coisa anda, se ele tiver a coisaserá..... que é melhor? Se tiver enfermeiro? Será que não.....? Então, lá na (referência ao setor de trabalho) tá um questionamento, será que vale a pena tanto investimento em enfermeiro? ou é melhor ter 1 enfermeiro por dia ou 2 e o resto tudo, colocar mais auxiliares pra fazer mais atividades, nós tamos ainda assim meio.....só que o dia que eu tô sozinha, que eu falo pra a fulana, né, a supervisora da tarde, o dia que eu tô só no posto é difícil, porque você tenta cobrir bem isso e aquilo, mas você não vê o todo, não dá pra enxergar, apesar..... você tenta procurar ver mas não tem como, e se não....., ao mesmo tempo se eu deixo escapar um lá fazendo medicação, “Será que ele tá fazendo coisa errada?” e eu não..... você não chega a tempo, pode dar medicação errada num ou no outro. Tem muita troca de medicação, as vezes a gente vê penduradinho lá e fala assim: “Mas esse aqui não é desse, por que você tá colocando?” “Ah! é mesmo!” não sei o que....., Então, se agente não tá atento as vezes acontece coisa errada, e quem se preocupa em ver se tem coisa certa ou errada é o enfermeiro, porque o auxiliar... não sei se é porque tá tão confiante que ele sabe fazer, as vezes acaba, automaticamente fazendo, pendurando uma coisa aqui e vai pondo, mas aí vai ver o nome do paciente ou leito e tá errado, ou trocou de leito e não trocou na prescrição, então ele vai só pelo leito e não vê pelo nome, né, e se você não fica assim, em cima olhando ou vendo o que o auxiliar tirou de medicação, conferindo tudo, sai coisa errada. A gente fica só atento com os novos, né, que tão treinando mas as vezes acontece com o pessoal antigo tambémentão na enfermagem a gente tá seguindo assim ainda (risos), mas tá meio torto (risos). Em 10 anos eu já vi muita coisa (risos) mas acho que a gente tá no meio do caminho ainda, não chegamos num..... consenso.

ENTREVISTA COM SUJEITO “Y”

A primeira pergunta que eu escolhi pra fazer, porque eu senti que isso favorece como entrada né, é a questão da escolha profissional, como você chegou na enfermagem.....

- Como é que eu comecei..... é...

É como tudo começou?

- Como tudo começou, vamos ver se eu volto em meados de 1975, 76 mais ou menos, que eu tenho uma prima, que na época ela era enfermeira, tava fazendo faculdade de enfermagem em término de curso aí recebeu uma oferta boa lá pra Foz do Iguaçu, ganhando bem, numa boa. Essa foi a primeira coisa que me chamou a atenção foi isso..... mas eu nunca..... foi uma coisa muito momentânea na época que eu prestei vestibular, que foi em 80, 79/80, que..... foi assim é enfermagem? Por que enfermagem? Eu não sabia porque, o por que? Queria tentar fazer enfermagem, aí, minha..... minha mãe falou assim: “Não, faz odontol”, meu pai também falava: “Não, faz oftalmol”, meu tio falava assim:

"Faz advocacia.". Cada um falava uma coisa, "Não, eu vou fazer enfermagem!" Prestei enfermagem e passei, por incrível que pareça, apesar das notas não terem sido ótimas, foram até péssimas, pra quem tá prestando pra uma UNICAMP e de 30 vagas peguei o 28º com uma média máxima de 2ª fase de 3 e meio, quer dizer não foi um belo.....uma bela entrada de vestibular, tá..... vamos dizer assim que tem o dedinho de alguém lá de cima que quis que eu ficasse, aí entra o dom da coisa, né, (risos) e acho que começou bem por aí, assim, muito a contra gosto da família, (risos) acho que é isso, foi assim que começou.

E em relação à questão de realização profissional, hoje?

• Hoje? Atual na atual conjuntura?

É., e já somando.....

• tudo.

Todos os anos de experiência.

• Olha eu me encontro numa fase que..... de transição, que eu tava falando pra você, em que agora eu tô coordenando um pronto socorro, eu tô conhecendo o outro ladoda mesa, que como..... a gente ficava na assistência eu sempre metia o pau em quem tava do..... do lado de lá, como a gente pode dizer, apoiando..... os grandões, né, aquela visão de supervisão de de..... é opressão, né, é..... vamos dizer assim que.....tô aprendendo, ainda..... lógico que na enfermagem a gente tem que..... é uma aprendizagem diária, dia a dia a gente..... não tem umum..... patamar estável, cada dia aparece uma droga nova, um equipamento novo, e a gente tem que tá sempre atualizando nesse aspecto pra ver se a gente consegue melhorar alguma coisa, aí entra o idealismo da coisa, que acho que precisa ser um pouco idealista pra poder dar..... pelo menos um mínimo de atendimento pro indivíduo, então.....acho que é bem por aí.

Você sente que a escolha que você fez foi.....

• Foi a ideal?

Foi adequada?

• Olha eu tentei 2 vezes parar de ser enfermeira, tá, não seu certo, senti sempre falta de alguma coisa mais, ou seja, ter contato *tête-à-tête* com o paciente, isso eu senti muito mesmo, mesmo, mesmo, mesmo.

E como é que, ao longo desses anos, você conseguiria estar avaliando a prática que você desenvolve?

• A prática? Bom, quando eu saí da faculdade já encarei logo de cara um centro cirúrgico, uma recuperação anestésica, um lugar fechado, né, é uma área que eu gostaria de ter desenvolvido mais na época, mas por razões intrínsecas e..... políticas lá dentro eu acabei saindo 3 anos depois lá de dentro..... olha,é até gozado, né, eu lembrando daquele tempo, porque foi assim um engatinhando, um início de um setor novo, quer dizer que você poderia amoldar do jeito que..... de uma certa forma do jeito que..... que você quisesse, claro, dentro dos limites que a instituição te coloca, tá, é..... era um leque muito..... muito amplo de.... aprendizagem, só que chegou no 3º ano como profissional e..... chegou num momento que eu queria mais, mais coisa mais coisa pra aprender, mais coisa assim, onde eu pudesse me desempenhar melhor, seja na anestesia ou na recuperação anestésica ou na sala de preparo, que era onde que eu..... atuava mais na época e chegou num ponto, era 8 ou 80 e aí, cá fora da (instituição), fui pra São Paulo, trabalhei num hospital particular, que também é uma outra visão totalmente diferente, em que você fica chefiando 2, 3, 4 andares de uma vez só, final de semana você descobre que..... é a única enfermeira do.....do..... (risos) do hospital, muitas vezes, né, e..... é aquele tal do domínio total da situação, você saber exatamente o que é que tá acontecendo em cada um dos andares mesmo na sua ausência, é uma coisa difícil, mas muitas vezes é o que a gente encontra lá fora e é uma exigência que se faz do lado de fora, tá, não sei se..... chegou..... então a cada fase da..... desses..... desses 10 anos de formada houve situações peculiares, né, fui pro Japão, fiquei 2 anos e meio fora, a retomada da enfermagem, o medo de de fazer uma coisa errada, por mais que você saiba que você tem o conhecimento que..... que é, é o destreino..... "será que eu não vou pegar a veia errada (risos) e estourar uma veia, logo de cara? Será que eu vou conseguir administrar uma medicação direito?" entra muita insegurança aí, mas aos poucos você engrena, em menos de 1 mês eu já tava tocando uma UTI com 10 leitos numa boa, né, depois voltei pra (instituição de trabalho) de novo, como (tipo específico de contrato de trabalho), ficando na enfermaria de (especialidade X), uma experiência muito boa também, transplantes, coisas novas, porque é..... além de ser de centro cirúrgico eu sempre fui uma..... uma enfermeira assistencial de cirurgia do que clínica e agora no momento atuando em pronto-

socorro, então cada fase, cada momento sempre..... nunca fui, nunca retomei, por exemplo, nunca voltei ao centro - cirúrgico, ou nunca voltei a ver MI, UTI, entendeu, então cada momento eu passei por um lugar diferente, nunca repeti, né, e..... então é... não vou dizer que eu possa tá ser uma enfermeira generalista no real sentido da palavra, mas eu sei que eu enfrento qualquer coisa, o que vier eu traço, acho que é bem por aí.

Nesses anos de experiência que você teve, que você foi acumulando, o que você enxerga como problemas ou dificuldades principais no desenvolvimento da prática de enfermagem?

- Seria o relacionamento escola *versus* prática ã escola *versus*.....

Se você enxergar isso como problema. Que dificuldades que no dia a dia você enfrenta, que tipo de conflitos principais você identifica ao longo desse tempo?

- Eu acho que..... quando a gente sai da faculdade, eu não sei se a gente tem uma visão muito atenuada da situação real da..... de como a saúde se encontra realmente, da situação geral, global da população, a gente vê que dentro da.... da.... da escola, por mais que a gente tenha passado é.... tentar passar 1 mês numa saúde pública, ou 1 mês num.... num.... num hospital psiquiátrico, num dá pra você sentir realmente, quais são o real problema do paciente que tá naquele setor, naquela área, naquele momento, então isso..... acho que..... tira um pouquinho do tato da gente, a gente tão tá com o tato afiado, né, prátentar delimitar, tá certo que a gente só vai adquirir isso com os problemas que advém quando a gente tá no dia a dia, que realmente é... é.....é..... a escola te dá um embasamento e o resto você tem que se virar e muitas vezes, assim, nesse.....no se virar, as vezes a gente ficava sem meio sem..... sem apoio, "pra quem eu posso correr?", as vezes o superior, se tá lá no superior mas não..... se não dá pra confiar no superior que você tem, "pra onde que eu posso me virar? Pra escola? Mas será que a escola vai me dar?" muitas vezes, a escola me deu algumas respostas, tá, mas outras eu tive que descobrir sozinha, entendeu? É ... e esse foi o principal fator que eu senti assim logo.... de cara, de iniciante, né.

E em relação à, por exemplo, prática de enfermagem como um todo, né, a gente que é da profissão sabe da composição da equipe, da divisão de trabalho, como você enxerga?

- Ai, tem hora que a gente se tromba, tem alguns momentos que a gente se tromba e tromba feio, porque chega num ponto que a enfermeira além de poder executar as funções que a auxiliar faz, as funções que o técnico faz, a gente tem a carga administrativa, então quer dizer..... ele não tem uma.... uma.... uma delimitação falar: "ó você, sua função é essa, essa, essa e ponto final" como acontece, por exemplo num engenheiro, num advogado, num..... alguma coisa assim, em outras profissões liberais, né, a nossa linha é muito tênue e uma invade na outra, então, então fica aquela coisa da..... da... auxiliar parecendo ser uma enfermeira que assume por ter mais experiência em algumas coisas, né, então..... as vezes eu fico pensando se se na Europa, como eles não tem mais o nível universitário, por exemplo, não digo pradenegrir o ... nível universitário, acho que a gente tem que puxar tudo pra cima, entendeu? é ou a gente vira administrativamente, uma enfermeira administrativa, puramente administrativa e o técnico assume a carga assistencial de de.... de um lado, né, dentro de um setor, tá, ou a gente vira só..... assistencialista, entendeu? aquela coisa que tá lá *tête-à-tête* com o paciente, é..... é..... cuidar dele, fazer aquela coisa que a gente sempre fez, pelo menos eu pra mim..... (risos) o assistencial no sentido literal da palavra, né, mas a gente sabe que sem o administrativo não tem o assistencial e sem o assistencial não tem o administrativo, então são duas coisas que..... tem gente que tem essas duas coisas e leva numa boa, tem gente que gosta só do assistencial, tem outra gente que só gosta só do administrativo, então é uma coisa meio difícil pra a gente..... gente ver, né. O relacionamento assim, muitas vezes, novata, como novata na época, né, eu tive assim que ser muito humilde pra chegar pra pessoa e falar assim: "ó, eu não sei, me ensina?", tem gente que te ensinava, tem as outras pessoas que não te ensinava e muitas vezes não eram suas colegas,e se aprendia junto com o auxiliar e com técnico, ou mesmo até com o atendente de enfermagem. É uma coisa meio delicada essa questão do profissional, não desmerecendo os outros profissionais, mas para nós como enfermeiros é uma coisa muito..... perigosa..... essa visão, porque a gente, é gozado em vez de a gente se unir, a enfermagem se unir como um todo, não ela parece que..... é é..... que nem briga de mulher quando quer um namorado (risos)

Disputando o mesmo namorado?

- é disputando o mesmo namorado, exatamente. Gozado isso, mas é bem por aí que eu sinto. Eu não sinto, por exemplo, a nossa associação de classe, por exemplo, agindo alguma coisa

pra nós, eu só sei que eu pago o bendito do COREn, (risos), pago uma nota só que eu nunca vi o retorno disso aí, nesses 10 anos, agora pode ser que sai alguma coisa eu recebi um jornalzinho aí agora, mas mesmo assim não me..... não tá me satisfazendo, entendeu? quer dizer o que é o COFEn mesmo, no sentido literal da palavra? O que que o COFEn tá fazendo perante, pra nós enfermeiros em termos de ética, legislação, em termos salarial, questão salarial também que não define um salário base pra gente, cada região, cada cada lugar cobra de um jeito, paga de um jeito e seja lá o que Deus quiser, também não é assim. É é muito complicada, não sei se isso deu pra..... (risos) pra responder sua pergunta, não sei se eu também tô sendo coerente também nas idéias, são tantas coisa que pipocam.

E como que você tem lidado com isso?

- Ai, tem hora que tem hora que eu pego sento num canto e tenho vontade de chorar (risos) e descabelar mas tem outras horas que eu dou risada e toco numa boa, não é desse jeito? Então tá, vamos tentar do outro, quem sabe do outro..... e vai contornando, mas chega uma hora que dá de frente e a hora que dá de frente: ôôôô, (risos) eu encaro, tem que encarar? Então vamo embora, porque eu acho que se ficar fugindo também não dá certo.

Agora, você trabalhando na área de saúde tem esse campo específico da prática de enfermagem, que você já mencionou das dificuldades, agora ampliando o leque, né, trabalhar na saúde que questões outras, dificuldades ou problemas você enxerga para desenvolver, desempenhar sua prática de uma forma que você considera adequada?

- Desempenhar bem? Primeira coisa é a guerra entre os profissionais liberais, ou seja, médico versus enfermeiro, tá, ainda tem uma rixa muito grande em cima disso, viu, tá,..... existe uma rixa. Tem muitos médicos que agora, das escolas.....os mais recentes, tá, desses..... acho que uns 5 anos pra cá, ou tá havendo uma mudança de visão em termos do que é a enf..... do que é enfermagem, tá, e tão dando um pouquinho mais de valor no..... no trabalho da gente, agora quem é de 5 anos pra trás (risos) aí, aí, aí, é um osso duro de roer, viu, porque se briga..... "não, é do meu jeito, vai ser do meu jeito e ponto final!" não admite, não tem outro, não existe é 8 ou 80, não existe meio termo.

Quem fala isso?

- Geralmente os médicos,..... tá, bom atualmente eu ainda encontro isso, por ter cargo de coordenador, tá, muitas vezes perguntam: "Você é médico?" quando eu falo: "Não, eu sou enfermeira, eu sou coordenadora daqui do posto." "Ahl me chame o médico eu quero falar com ele." "Mas eu tô falando no lugar dele (risos) eu tô passando tudo aquilo que tá anotado na ficha", "Não, eu quero falar com ele" quer dizer, a minha palavra muitas vezes não vale (risos) porcaria nenhuma, pra não dizer outra coisa,tá, então isso é uma dificuldade muito grande, tá, de você se impor como um profissionalque fez faculdade que nem ele, que pode ter um pouco mais de experiência que ele, e isso se dá pelo fato de ele ser médico e ter o título de doutor mas até aí,..... eu sou enfermeira, posso não ter o título de doutor se eu (risos) não fizer a pós-graduação, mas pelo menos eu tenho uma bagagem muito maior do que a dele.

Que incompatibilidade que você enxerga, quer dizer, a que que você atribui esse choque que existe entre.....

- liiiii, isso aí vai lá do tempo da Nightingale (risos) , eu acho que já..... eu acho que eu vou regredir tanto, (risos) eu acho que aquela.....a imagem daquela que sempre foi entre aspas a imagem da subserviência, né, o médico falou pra falar a, você faz a, entendeu e nunca foi colocado como uma coisa equiparada, que nesse ponto a Nightingale começou a batalhar mais esse lado, né, tentar mostrar pros médicos que $a + b$ é igual a c e não xyz como eles tavam apregoavam na..... na época, né, eu acho que tá faltando isso,essa coisa do..... do..... da.....da..... do respeito do profissional, profissional para profissional, de você poder discutir um caso com o médico é uma discussão de caso e não uma questão pessoal.

Você já colocou algumas coisas sobre a formação e a relação com a prática, você gostaria de estar colocando mais alguma coisa?

- É que cada escola, né, ele tem a sua filosofia, né, tem os seus princípios, então, por exemplo, numa escola x você pode ter uma visão puramente administrativa então você é criada, você é moldada pra ser administrativa e as vezes você tem um âmbito, aquela coisa do, você é assistencial, você gosta de ser assistencial só que a pra..... a escola só te direciona só pro pro lado administrativo ou mesmo na UNICAMP eu sempre vi que ele sempre foi pro lado assistencial e as vezes falhava na.... na... na... parte do..... do..... do administrativo, muitas vezes, né, então eu lembro que na época quando eu fiz a parte

administração eu me sentia muito.....como se pode dizer, passarinho voando, eu não sabia correlacionar aquilo que eu via de assistencial dentro do.... do... do administrativo, dentro da papelada toda, o por que da papelada?, por que eu detesto os papéis?, entendeu, tem gente que se sente assim, eu acho, ainda, da mesma forma que tem gente que adora papel e detesta atender o paciente, por algum motivo tem, da mesma forma que eu posso ser enfermeira hospitalar, pra enfermeira de centro de saúde, para a docência, por exemplo, dar aula pro curso de auxiliar ou mesmo num..... num..... num numa faculdade, num colégio técnico, ou alguma coisa, né, então não sei se cada escola, ela assim depende da filosofia que ela tenha, ela direcione, ela induza e não deixa aquilo de dentro do indiv..... de dentro do aluno aflorar, o melhor dele, então, muitas vezes a gente se sente meio podado em algumas questões porque você tá avançando além do que devia, entendeu? Não sei se..... não sei se deu pra pra pegar as coisas aí, né, não sei se tá muito superficial..... no caso. Porque dentro da faculdade é a mesma coisa, quando a gente..... tem uma coisa que diz a quando eu fiz a terapia do..... renascimento, né, é..... a gente é o que é porque a gente teve um pai e uma mãe, que também teve porventura, seus av..... os pais deles que incutiram neles o que era certo e o que era errado, e não que deixa por ele mesmo próprio descobrir o que é o certo e o errado, pode ser que ele poderia demorar mais de 200 anos pra acertar, na parte de evolução, mas será que a gente nãonum num poderia lidar melhor com essa área?

Qual é a sua concepção de saúde hoje? Eu falo para as pessoas não usarem o jargão, se porventura é que lembram.

- (risos) Eu não lembro mais (risos) se for o caso, eu já não lembro mais. Saúde é aquele do bem estar físico, psicológico, etc, etc, etc?

Sempre fica, né? Pelo menos no discurso.

- (risos) É só o discurso, né, porque na prática. Eu acho que saúde engloba, tá certo o jargão ainda vale, tá, o bem estar físico, mental, é nutricional, só que pra acontecer tudo isso, ele precisa trabalhar, ele precisa ter horas de lazer, ele precisa ganhar..... bem, infelizmente o dinheiro é um bem, é um mal necessário, pra poder conseguir o mínimo pra ele poder sustentar uma família e ter arroz, feijão, pra ter um saúde digna, né, e ter também locais onde que ele possa ser pronto atendido, tá, em vez de ficar 3 ou 4 meses esperando uma uma consulta médica, então, quer dizer, não é não é mais aquele " é o bem estar físico, bábábábá" e aquelas coisarradas todas, envolve muito é um é um conceito muito mais amplo, acho que atualmente, né.

Com esse conceito amplo, como você pode estar colocando, de que forma esse conceito interfere na assistência que você presta ao indivíduo?

- Hum, nossa, aí complicou, olha..... é a mesma coisa, enquanto eu tava no hospital, tá, eu vou colocar 2 situações, enquanto você tá no hospital, você tá numa caixinha fechada, que você tá lá, você tá cuidando do paciente lá dentro então você indiretamente você tá dando comida pra ele, você tá dando medicação pra ele, se dá um suporte pra ele, pra ele poder ir embora para casa, e o depois do embora pra casa, tá, eu já peguei paciente de..... que mora em favela, que mora em pensão, que fica em albergue, tá, não tem nem condições de comprar um remédio, tá, por onde que ele vai sair? Ele..... aí ele volta, é um paciente crônico ele acaba voltando junto com a gente, não é só o fato de ser um alcoólatra, um etilista crônico, que ele pega, tem dinheiro vai lá e compra, uma pinguinha, pega lá, pega e bebe pra esquecer das angústias da vida, é mais ou menos por aí, ele vai e volta, vai e volta, porque dentro do hospital ele ainda consegue comer e receber o mínimo de atenção, porque eles têm carência, a carência do tato, a carência do abraço, aquela coisa do sentir gente, porque a gen..... muitas vezes a gente tem o péssimo hábito, tá, de desprezar quem é um paciente de via pública que mora debaixo da ponte, que são gente também, não são bicho. Agora o segundo conceito é o agora trabalhando agora num pronto-socorro, que seria um pronto - atendimento, no município, tá, em que eu recebo mais via pública, paciente que não tem teto, não tem nada, e só o fato de pegar e falar assim, um pouco mais rispidamente, pegar e falar assim: "Ó, eu não tô tratando você como animal, eu tô tratando você como gente" ele para de te agredir, ele começa a ter um respeito maior, porque ele usa a agressão pra se proteger, é que nem animal ferido, acuado, e pra onde que eu vou mandar? Onde que eu vou dar banho? Onde que eu vou fazer? Num albergue? Albergue muitas vezes tem 30, 40 pessoas dentro de um..... de um..... de uma casa, que só tem assistente social, não tem médico, não tem enfermeira, eles só recebem comida, eles não tem pra onde ir, como que esse pessoal..... quer dizer, fica um tanto quantodifícil você tentar trabalhar com isso aí, mas aí você tem que fechar seu coração e e..... trabalhar com

de um lado compensou, e de outro não, tá. Culturalmente falando compensou essa ida pro Japão, monetariamente regular, porque aquilo que eu tava querendo só ia poder se eu ficasse mais 3 anos, então iria ser mais 6 anos da minha vida e eu não queria isso, então se fosse pra ficar louca no Japão, preferia ficar louca aqui no Brasil mesmo, pelo menos eu falo português e me defendo da melhor forma, né. E... voltei pra (instituição X), por incrível que pareça voltei pra (instituição X), e comecei a sentir muito mais satisfeita com aquilo que eu tava fazendo, né, então essas 2 vezes, então, eu sou masoquista de 3º grau (risos) é meu dom mesmo, é não tem jeito, é dom, eu acho que só nasci pra ser enfermeira mesmo, sem ter uma razão explicável do início, não foi porque eu queria fazer medicina, detesto medicina por incrível que pareça, né, eu sou muito pele, contato *tête-à-tête* com o paciente, não é só o lado social, eu acho que tem muita coisa que o médico ou mesmo a classe médica se esquece de ver, tá, por estar especializado numa única coisa, muitas vezes, então eles se omitem em, a se envolver com a vida do paciente, e a gente não, o pessoal da enfermagem não, ele brinca, dá risada, conta piada, é..... participa se tem casamento ou não, existe uma reciprocidade, não é uma coisa unilateral, né. É uma coisa assim interessante porque, por exemplo, tem um paciente, que até hoje eu mantenho contato, que ele mora em Dourados, ele fez uma ele fez uma gastré total por..... linfoma não Hodgkins, passou por um belo apuro, a esposa dele, a gente acabou ficando amigas, tá, passei uma semana, foi há mais de 1 ano que eu passei na casa deles, passei uma semana lá na casa deles, foi ela que me ensinou a fazer tapete, tá, ainda até hoje ainda consigo assim, por exemplo, ela pede ajuda pra mim pra outras pessoas conhecidas, o que dá pra mim ajudar eu ajudo, tá, então sempre mantendo contato, então é uma coisa gostosa isso aí, cê não não,. fecha teu círculo de convivência, amplia o círculo, porque dentro dessa..... dessa dessa família eu conheci mais uma outra que veio também pra (instituição), que eu ajudei também, entendeu? Que também mantém contato comigo, que nem, por exemplo, o seu Cláudio, o seu Cláudio é pai de um rapaz que fez uma cirurgia de..... torácica, tá, e tive que bancar a mãezona pra ele, porque a mãe dele tava lá em Dourados, né, não podia dar bronca e aí acabei dando a assumindo o papel de mãe, né, e aí entra a coisa da imagem da mãezona, né, e assim daí dei a maior cacetada na cabeça dele, ele acabou fazendo a cirurgia numa boa e tá lá, firme e forte, e o pai dele ligando pra mim que tá vai fazer um ano, né, que ele tinha sido operado, "ele tá bem, ainda gozando assim" "a namorada não tá achando ruim?" "não, agora ele tá forte, musculoso, tá comendo, pipipapapa", é uma coisa gostosa isso, tem essa coisa que dá uma satisfação interna, tá, não é nem a questão monetária, mas é a satisfação de você poder ter contribuído pra uma pessoa que tá..... já tá sabendo que tá bem, ou mesmo se faleceu ou alguma coisa, a gente compartilha da dor também, a coisa do dar e receber, a coisa da doação, da simbiose, né.

O que você acha que faz as pessoas terem essa necessidade, de sentirem tão satisfeita com esse tipo de ajuda que você sente é capaz de dar como enfermeira.....

- Eu acho que vai de cada formação de cada família, tá, cada..... é..... cada uma de nós tem uma vivência diferente em termos de família, por exemplo, minha família nunca foi uma família unida no sentido literal da palavra, então sempre senti falta do toque, eu sempre senti falta do conversar com alguém, de papear com alguém, né, de sair para fazer alguma coisa, então é aquela coisa, aquele sistema fechado e castrador, então de repente você temessa possibilidade, esse leque, foi aí que..... eu acho que eu sou extrovertida por, justamente por causa disso, pra contrabalancear o meu lado negativo, tá, meu lado negativo é muito agressivo, é muito repressor, é muito individualista, tá, então, o convívio com outras pessoas me faz bem, e saber que eu fui útil pra alguém é muito importante pra mim pra sentir como gente sente, é..... uma coisa assim muito mais é..... é tão gostoso se ver a pessoa chegar assim, vem com um sorriso no rosto estampado, "Ó aquele negócio que você ensinou deu certo", tá, ou mesmo "não deu certo" que tal tentar de outro jeito, outro modo" não sei se é..... é uma coisa complexa é..... é..... é..... é aquela coisa do, você poder mostrar pro outro o quanto que o outro também tem capacidade de fazer as coisas, que ele não é uma pessoa limitada, se ele quiser ele consegue algumas coisas, e nunca ficar naquela coisa acomodado, porque é aquele tal negócio, se você não batalha você não vai conseguir, agora se você ficar esperando que o outro faça por você, ninguém vai fazer por você a não ser você mesmo. Né, a ala da psicanálise, a fulana (ex-colega de turma) que ia gostar.

Tem alguma coisa que você gostaria de estar falando?

- Você sabe que dentro da nossa própria turma, a coisa boa que tem na nossa turma é que por mais que cada um tá num canto, a gente tem notícia, de um modo ou de outro a gente

sabe das coisas, então.....é, a gente mantém um vínculo daquela turma nossa, mantém aquela coisa de tudo aquilo que nós passamos dentro da faculdade, daquela coisa do corredor polonês, que teve, da época do AI5, e vai por aí afora, eu acho que isso fez com a gente tivesse uma visão..... é..... de enfermagem também, ajudou a ter uma coisa muito mais, um leque mais aberto, a ser acessível a qualquer tipo de adversidade, entendeu? a própria, isso de certa forma a faculdade fez bem pra mim, pra encarar qualquer coisa, tanto é que "qualquer coisa eu traço" não uma coisa limitada, "Ah! eu não vou fazer isso, não vou fazer aquilo" e não é por aí, só porque você num..... se tá com medo?, tudo bem, todo mundo tem medo, mas se você não engajar naquilo lá você nunca vai nunca vai tirar esse medo de dentro, né, eu acho que vai muito, é aquela coisa da cara e coragem, enfrentar, ir de mala e cuia e bumba, saia da frente e vamo lá pra Deus, é claro com alguns respaldos atrás também, né, também assim de mala e de cuia total, não dá, (risos) mas assim..... é..... contando com gente que te apoie, que te dê uma mão, entendeu, é aquela coisa da ... da amizade eu acho que isso tem..... é o principal, também porque eu acho que sem as amigas que eu tenho, eu acho que não teria sobrevivido também, então a gente tem um vínculo de amizade muito grande, eu, a fulana, sicrana, beltrana, (colegas de turma) que já parou de fazer enfermagem também, entendeu, cada uma acabou tomando um rumo mesmo depois da faculdade, mas foi bom, viu, não foi ruim não, viu, eu aprendi bastante na escola, só queria que fosse um pouquinho mais..... mais assim, um pouquinho mais na real, que dentro do hospital, né, era muito..... que parece que nós estamos no primeiro mundo, com respiradores, com..... é..... bombas de infusão, entendeu, e aqui fora a gente não acha isso não, eu peno pra conseguir uma dolantina, (risos) uma dolantina, uma dopamina, é..... não é fácil..... aqui pra fora, a gente não tem todos os recursos que o hospital, tem de primeira linha, eu sinto falta, por exemplo de uma caixinha, chamada, aquela caixinha quadradinha do takaokinha, que é um ótimo respirador que eu não acho mais, não vejo mais, também sinto falta de um Newport, (risos) um respirador que faz tudo, entendeu, do que você tá ambuzando, "será que tá lá? será que indo, o volume correto? Não tem nem o o ventilômetro de Right, pra gente calcular se tá indo o volume corrente, quanto que tá entrando de oxi.....quanto % de oxigênio a gente tem, a gente fica muito dependente de aparelhos, as vezes, então a gente perde um pouquinho daquela coisa da..... não digo do olhometro, mas aquela coisa da..... feeling, como é que chama, aquela coisa da intuição, da.....sabe, que você adquiri, você passando por adversidades, aquelas coisas, "não é isso aqui, é pumba e é batata!" entendeu, não sei, acho que é feeling que o pessoal fala.

É..... não sei.

- (risos) mas você sabe o que que é, né. (risos) Muitas vezes você chuta e você acerta, por você ver tantas vezes a mesma coisa, as mesmas características, quer dizer você não..... não descarta as outras hipóteses diagnósticas mas geralmente você sempre acerta, né. Eu acho que tem outra coisa a mais? Eu não sei, eu acho que precisaria ter mais assim, eu não sei se atualmente, quando eu tava lá na (enfermaria X) eu via a fulana lá, atuando lá junto com os alunos, tá, ela pegando as vezes um pouco do serviço (.....) na enfermaria, eu acho que isso modifica também um pouquinho daquela visão, eu acho que o que o pessoal tá tendo é muito diferente do que a gente teve, a situação política também era diferente, tá, mas eu sinto que um pouquinho daquilo que a gente teve seria bom pra essa turma que tá passando agora, tá, aquela coisa de lutar por aquilo que quer, de melhorar alguma coisa, e não só porque eu quero terminar uma faculdade quero trabalhar logo, tá, é diferente, é essa coisa do batalhar e conseguir e é um gostinho tão bom quando a gente consegue por nosso próprio esforço, por isso que ainda.....que ...volta naquele problema, consome a gente? Consome.

ENTREVISTA COM SUJEITO "L"

A primeira pergunta porque talvez seja mais fácil de responder é a seguinte: como você foi parar na enfermagem e como você avalia o seu grau de realização profissional?

- Bom, na verdade essa coisa de ter escolhido, faz. .já. .faz.... 22 anos, na verdade, eu me decidi fazer enfermagem com 14 anos, acho que era muito nova prá decidir, tava na oitava série ainda, e... tinha uma amiga que queria muito fazer também e a gente tinha sonhos..... mas assim...o objetivo.....e eu tenho claro o objetivo que eu queria e era a coisa do ajudar as pessoas, que hoje eu avalio meio complicado esse objetivo, e..... também, naquela época, o marido de uma professora de filosofia que é, sei lá se é ou era...acho que deve estar vivo ainda, psicólogo, ele promoveu no colégio um teste vocacional e que eu e minha irmã nós

fomos e que foi a gota d'água prá eu dizer "é isso mesmol" porque saiu um monte de profissão e realmente acho que, hoje eu fico vendo que tem a ver comigo mesmo, só que a medida prá escolher a profissão foi inclusive a questão de sobrevivência, tipo assim eu tinha vontade de fazer a área de muito a área de humanas, mas que na época,..... como a ...sei lá se era por causa da ditadura, ou a gente não tinha informação mesmo, eu decidi pela enfermagem por que em termos de campo de trabalho e ganhar a vida era mais fácil do que eu gostaria de....do que as outras que eu deixei de lado, exemplo, paleontologia , essas coisas, na época pra mim isso não dava dinheiro e daí eu decidi pela enfermagem e fiz os 3 anos do colégiopensando em..... vir pra uma cidade menor, não ir prá São Paulo, e daí foi no ano que eu prestei, no primeiro ano que eu prestei, não tinha em Campinas, só tinha na PUCC, não tinha na UNICAMP, no segundo ano que eu prestei, depois de ter feito um ano de cursinho, abriu UNICAMP. Eu prestei em São Paulo, Ribeirão eu não me lembro se eu prestei, mas eu não..... eu sabia que não queria ir prá São Paulo e eu estipulei Campinas, mesmo que eu fizesse só na PUCC. E daí abriu UNICAMP e eu passei na UNICAMP.

Então, você falou defoi atrás pela motivação de querer ajudar as pessoas.....

- Sim, porque isso prá mim era.....mas hoje eu reavalio ...porque é engraçado....eu acho assim que a frustração é tão grande que eu sempre lembro porque eu fui pra enfermagem, o objetivo, mas hoje depois de 14 anos de formada, quase 14 anos de formada, eu ainda avalio que esse objetivo....., mesmo eu ajudando as pessoas, eu não alcancei porque não era bem aquele ajudar, não esse ajudar que eu faço no dia a dia que eu queria fazer, é outra coisa , que eu não sei talvez definir hoje, mas não é aquilo, não é o que eu faço hoje.

E você não conhecia algum enfermeiro na época, não tinha tido alguma experiência.....

- Na verdade, na época em Atibaia não tinha acho que nenhum enfermeiro, porque se você fosse para a Santa Casa ou eram freiras ou os práticos quetavam no hospital.... não tinha nenhuma enfermeira, enfermeeeeira.

E assim, você já até disse que a motivação foi essa mas não chegou a atingir o que almejava.....

- Não, não. Porque.... eu lembro até que uma vez eu dei uma desabafada, quando eu trabalhava na (num determinado setor hospitalar), no grupo de.....porque a gente dava orientações pros pacientes com sorologia positiva pra (uma determinada doença), e a gente trabalhava, né,.... e o meu sonho era trabalhar com a saúde, a saúde, aquela coisa, trabalhar a prevenção, mesmo que isso até eu me formar não era claro que eu queria ir pra saúde pública, que eu queria trabalhar no hospital prá ajudar a tal das pessoas, eu lembro uma vez eu dei uma desabafada, eu falei assim.... "engraçado eu vim trabalhar nessa profissão porque eu queria trabalhar com saúde mas eu só trabalho com doente"(risos) , né, então isso é uma..... você num..... porque quando eu me formei mesmo, Fulana (em referência ao entrevistador), eu não queria ir..... eu nunca pensei em ser professora pra formar é... profissionais, o que eu queria trabalhar na área de saúde, porque eu também gosto na área de licenciatura, e tanto que eu fiz, era para trabalhar em 1º e 2º grau para tar trabalhando essa coisa de entender a doença e como prevenir, também nunca realizei isso, eu tenho a licenciatura, eu queria trabalhar com 1º e 2º grau, trabalhar programas de saúde mas de uma forma super legal, eu fiz a carteirinha do MEC, nunca dei aula, e não vou, agora também não quero dar aulas. É assim, foi uma.... acho que mudou, teve alguma modificação na vida, eu até gosto de tá sabendo as coisas novas da ciência, mas eu não tenho mais essa coisa de ensinar, não. Agora eu tô na postura de cuidar da minha saúde.

Então, no questionário você colocou que se sentia frustrada sendo enfermeira, explique essa frustração....

- Então, acho que como eu queria...., bom, é muito complicado, né, na verdade eu queria trabalhar pra tá ajudando as pessoas, então quando eu decidi ajudar as pessoas então eu pensava na pessoa doente e não na saúde, é até incoerência, quando eu pensei que eu queria ajudar é porque eu pensava no doente, só que aí.....hoje quando eu falo frustrada é porque eu vi, aprendi a ver a saúde, ou o ajudar de uma outra forma, que o ajudar não é só cuidar do doente mas é fazer com que ele não fique doente, e frustrada no geral, porque tem lá suas gratificações, né, mas no geral eu não consegui chegar nisso que eu queria, no prevenir. E daí como eu trabalhei muito tempo com grupo de orientação, apesar de trabalhar já como o doente mas que eu poderia tar prevenindo conseqüências e como é difícil trabalhar com essa coisa de mudanças de hábitos, né, acho que foi frustrando, frustrando,..... e daí eu fui... aí eu queria ir pro centro de saúde, porque o ambulatório não me preencheu, fui com muita gana pro centro de saúde, nossa a frustração foi pior do que se eu tivesse ido pro ambulatório, se eu tivesse continuado, porque aí chegou no centro de

saúde, é...acho que teve a coisa da questão pessoal, mas toda essa vontade de querer trabalhar com grupo de orientação, prevenção no centro de saúde, eu não consegui, e hoje eu assumo que não quero trabalhar com grupo de orientação no centro de saúde, eu não tenho mais aquele pique, dá impressão de queo que é que eu vou falar pra esse povo? né, vou ficar falando à toa." (risos) Nunca a gente fala à toa, isso é claro, mas assim .. o trabalho, parece queo esforço que você faz..... eu acho que também foi frustrante, como eu fui com muita sede ao pote, os primeiros diabéticos que eu encontrei no centro de saúde foram frustrantíssimo, eu falava...eu me propunha a ensinar a fazer a aplicação mas que ele ficaria lá um tempão comigo pra aprender, não era pra eu ensinar hoje e amanhã ele aprender, todos sumiram, não apareceu um, mas nem pra consultar, nunca mais vi no centro de saúde, então, assim: "pô, que horrível, né?" E daí, como a coisa já não tava legal, era a gota d'água prá tudo caí... desbarrancar o mundo, eu não fui mais atrás. Aí o pessoal fala assim: "você já trabalhou em grupo de hipertensão, por que você não vai ajudar?" Porque o (unidade de saúde) não tem grupo de hipertensão (risos) e agora tão querendo montar o de diabetes. Aí quando eu falo assim; " hum, tão querendo montar o grupo de diabetes" (risos) eu acho atéque se eu, se seu visse... se eu visse que ia tá alguémporque sozinha, eu.... eu não sei ...eu ...a impressão é que eu tenho uma dificuldade de montar as coisas sozinha, por exemplo, se eu encontrasse, eu lembro que quando eu cheguei lá e eu queria muito montar o grupo eu achava que eu tinha que ter pelo menos um profissional médico porque como que eu ia responder algumas coisas que não eram da minha alçada num grupo, se eu não tenho o respaldo de um médico, a hora que eu tiver no grupo e alguém reclamar de alguma coisa e eu chegar pra ele e falar assim: " olha tal paciente tarataraá" e ele pega e fala assim: "eu não vou atender" eu vou ficar com que cara pro paciente, que resolutividade eu dou pro paciente e qual é o objetivo então desse grupo? Não que o grupo se resume nisso, mas é uma intercorrência no grupo porque você tá trabalhando com doente. E quando eu cheguei lá, tinha um clínico, que ele era...ele assim, falaram pra mim que ele não era a fim de grupo e a agente percebia mesmo que ele não era a fim, ele atendia super bem tecnicamente, é um ótimo médico, todo mundo procurava ele, ele ficava de saco cheio, porque todo mundo só procurava ele, ele demorava 15 minutos pra cada paciente, se colocasse 1 a mais ele ficava histérico, aí eu fui me desestimulando,.. "Ah! também não quero mais saber disso" ..daí eu tinha que aprender um monte de outras coisas sobre vigilância, que eu nunca tive..... tive..... em 8, 7 anos de profissão que eu tive que aprender tudo lá na hora, então foi me desestimulando e daí,.....eu..... agora ...demorou um tempão agora pra eu falar pra supervisora isso, olha: "agora eu é que não quero, eu já tem....eu vim com muita vontade", e eu deixo transparecer eu acho essa frustração, e as pessoas acho que percebem o tanto que eu sou lerda nessa prefeitura, né, que eu vou em reunião fico fazendo máscara das enfermeiras.... elas devem me achar, "hum, deve ser aquelas enfermeiras de estado mesmo", né, que não faz nada, as vezes eu tenho essa impressão, mas é.... e por exemplo, a enfermeira nova do centro de saúde, Cicrana(nome da colega de trabalho)....., por isso que eu vejo que agora é...sou eu, as coisas mudaram tanto em mim, o meu campo de visão mudou tanto que eu é queacho que eu é que tô mesmo com essa coisa de não querer, porque tem uma enfermeira que entrou em março ela já tá com 3 grupos, planejamento familiar, puerpério? sei lá, na área de saúde da mulher, puerpério, grupo de C.O, pra tá explicando a coisa do C.O, hoje o que que era? Sei lá, eu sei que 3 grupos....2 certeza ela tem, e tá indo, ela marca, ela faz, ela, né,...e eu fico, não, não sei. Começamos a fazer um levantamento de pacientes hipertensos e diabéticos e a coisa não vai pra frente, sabe quando a coisa não vai pra frente? Então, tem assim, eu acho que.....mais do que a coisa geral, tem a coisa pessoal mesmo, porque...eu não sei....é....não quero ser visionária, mas eu acho que aquela coisa do grupo que eu acreditava eu acho que já tinha que mudar, mas eu não consigo inovar porque aquilo.... a experiência que eu já tive, do que eu já tive acho que já tinha que dar um passo adiante só que por não discutir, ficar naquela vida rotineira, Ah! minha filha, meu neurônio tá morrendo! Não consigo pensar! Acho que se tivesse alguém que viesse falasse assim: "A gente podia fazer assim, assim," quem sabe até....mas eu tinha que me sentir, tipo assim, uma equipinha que tá montando um grupo, eu sozinha não. E isso....

E você sente que tem isso no seu trabalho?

- A coordenadora dá a maior força, né, e daí eu não sei se eu que sou.....na verdade essa frustração é tão assim esquisita porque eu não sei se o problema tá em mim se o problema tá no serviço, eu não consigo,tem hora que eu acho que sou só eu a culpada e tem hora que eu acho que não sou só a culpada, mas também não resolve nem de um lado nem de outro, e acho que seria importante, eu acho que grupo de orientação é super

importante só que falta lá sei lá um XXXXX, (L emprega uma expressão popular de uso vulgar para referir à sua falta de ânimo, motivação)olha isso não pode sair, (risos) sabe aquela coisa de.....falta.....um pique, um pique

Mas e para as outras coisas, você se sente motivada a fazer, um atendimento individual, procedimento....

- É então,..... entãoengraçado...eu acho... não sei se isso é legal ou não, mas eu fico muito comparando quando eu tinha muito pique e agora eu não tenho tanto pique, por exemplo, eu lembro que eu fazia umas triagenzinhas individuais dos chagásicos, foi a paixão, foi a paixão já chagásicos,e eu achava super legal fazerno ambulatório, tipo dava pra fazer uma consulta de enfermagem que era um sonho de escola, né, a gente falava tanto, tanto, até hoje a gente não sabe muito bem o que é consulta de enfermagem e agora, de vez em quando a gente atende, até tipo vem paciente medir pressão, tal, e eu até eu sei que tenho um monte de informação que eu poderia contribuir, mas é uma vez que eu vejo aquele paciente, nunca mais eu vejo, então assim, se o paciente tá interessado, ele me perguntar, ou eu vejo que tem abertura, eu dou todas as orientações e me empolgo, mas dependendo do paciente...se é daqueles que “Ah! acabou a pressão?” você nem acabou de marcar ela já levantou e tá indo embora, é a gosto do freguês, não fico me empenhando não, se o paciente é legal no sentido assim, você vê que ele não tá sacando bem que né, tá perdido, se você começa a falar e ele se empolga, você vê que ele tá a fim de aprender, de ouvir, porque aprender é difícil né, de uma hora pra outra, pelo menos obter algumas informações aí vai. Agora, como isso quem muito faz são os auxiliares eu não tenho contato com eles, eu só faço quando não tem auxiliar pra fazer, então é uma vez ou outra, então eu acho que isso também dá uma frustração nesse sentido, outra coisa é ...você não tem uma sala nem uma gaveta pra guardar suas coisas, isso as vezes eu não gosto de falar muito porque dá impressão que é uma justificativa meio perrenga, né, mas você não tem onde guardar suas coisas, você não tem sala, você tá numa sala de repente e você tem que sair porque vem um médico pra atender, é muito pequeno o centro de saúde, e eu fui me acostumando com isso, agora....Ah! tem que sair, ah! então vamos sair, né, antes eu não me adaptava, eu ficava nerva, “pô, onde é que eu vou sentar?” ,né, e... agora não, então, na verdade eu não sei se é frustração ou se é uma acomodação, “Ah! tanto faz!” você tá lá naquela sala ou nessa, se tá no meio do corredor, ou sentar lá fora, quantas vezes eu não sentei fora do centro de saúde pra fazer umas coisas que eu precisava, então eu não sei se é frustração mais, é.....acomodação, talvez. Mas sabe o que eu me sinto legal fazendo? Procedimento de auxiliar. Se falarem assim, não tem auxiliar hoje prá ficar na tal de sala da enfermagem, que faz curativo, inalação, medicação, me deixa lá, nossa! Se aquele dia eu trabalho 4 horas lá fazendo isso eu volto feliz pra casa. Aí eu fico pensando assim, “pô fulana (auto-referência), você chorava tanto nos seus estágios de fundamentos, mas é o que mais te realiza, viu? porque as outras eu acho que foi tudo ilusão, sei lá”.

E por que você acha que lá você fica.....

- Porque eu faço um monte de coisas, porque fico dando uma de tarefeira, ou então é onde eu tenho um tempo as vezes, dependendo do procedimento, um tempo maior pra tá cuidando do paciente, dando sei lá a tal de assistência global ao paciente, sei lá, não dá muito, mas.... num curativo, você vai conversando com o paciente, você vai relacionando as coisas, você vai podendo orientar, e a coisa de conversar com o paciente, paciente que também eu só tenho que fazer procedimento eu não gosto, eu tenho que conversar..... tanto que eu não sei cuidar..... na enfermaria eu queria morrer quando eu tinha que cuidar de paciente neurológico, paciente que não fala comigo, não dá certo, que nem criança, não gosto de pediatria por causa disso, não sabe se tá sentindo alguma coisa, buáááá e chora, chora, chora,. Aquela coisa, paciente obnubilado, ichi,ichi, eu nunca daria certo pra trabalhar numa UTI, pros procedimentos talvez eu fizesse certinho, mas o estress que ia me dar porque eu não sabia o que fazer com o paciente no que ele tava sentindo é muito triste, nunca trabalhei também. É isso aí viu, (referência ao entrevistador), não sei se respondi.

Eu acho que sim, a gente vai seguindo. Você respondeu um pouco sobre a relação entre o que você recebeu na sua formação e o que você faz ou tem feito, a prática que você desenvolve mas fale um pouco mais sobre isso.

- Sim, eu acho que atépor causa dessa coisa, eu não quero ser corporativista nem desprezar o outro profissional, mas a gente tem que dividir muito com o auxiliar, né, porque nós fazemos tudo junto, é lógico que o nível de compreensão e a complexidade muda mas, por exemplo, as coisas básicas a gente faz a mesma coisa, e...se a gente for ver no geral, o que eu recebi na formação, eu acho assim que eu até tive uma formação boa nessa coisa técnica, tudo, a questão é que talvez mude.....por exemplo, num hospital universitário, a

complexidade dos procedimentos ou senão do procedimento, mas o caso que te chega as vezes é muito mais complexo do que chega no centro de saúde. Então, a diferença talvez seja aí..... entãoagora eu enrolei você..... e eu me enrolei, como é que eu vou explicar isso, a relação da prática com o que eu me formei, eu tento manter tudo o que eu aprendi, a questão da..... ser rigorosa na...rigorosa no que é importante, vamos dizer assim.....que nem tem algumas técnicas que “pegue com a mão esquerda, pegue com a mão...” isso eu não aceito, eu acho que não tem que ser assim, se eu levar em consideração porque que eu tenho que fazer a técnica de um jeito que é a tal da não contaminação e pápápá, pra mim é o suficiente, né, então assim, dentro do que eu recebi eu tento fazer e e acho que as vezes eu sou chata com as auxiliares. Mas é o tipo... eu não tô sabendo dizer.....não sei se é o caso que chega que é um pouco mais simples num centro de saúde do que num hospital.....

É simples em que sentido?

- Então, é aí que eu não tô sabendo dizer, é talvez complexidade do caso, complexidade do diagnóstico, vamos supor, não sei se é isso que eu quero.....Talvez não seja isso que você queira saber.

Você acha que foi formada pra assistir o doente no hospital?

- Ah! sim, basicamente, tanto que.....

E aí você acha que tem uma certa incongruência com o que você faz hoje porque aquela formação não se.....não se, por exemplo, não se orientava pra pensar o paciente no serviço de saúde pública?

- Não, não era nem por esse lado que eu tava indo.....que na verdade, eu acho....talvez até seja isso, que na verdade quando eu me formei, a idéia de posto de saúde ou centro de saúde não é o centro de saúde que eu trabalho hoje, na verdade o centro de saúde hoje é muito mais complexo em termos de procedimentos do que quando eu me formei, né, e daí como a minha formação de saúde pública foram 4 meses só e sei lá quantas semanas de estágio e muita coisa mudou, como diz o (nome de um conhecido), no decorrer da carruagem, é diferente, na verdade eu não aprendi a coisa de saúde pública, né, eu tive uma visão geral, e eu queria ir pra saúde pública com a coisa do sonho de trabalhar com a educação em saúde, que aí chegando lá até tem, mas por causa agora dessa complexidade do C.S. agora que atende muito mais coisa do só a orientação, é diferente, né, eu não... eu não te....., eu tive que aprender tudo, eu não sabia vacinação, porque a vacinação eu lembro que no estágio “gente, que coisa complicada!”, e eu falava pra mim “mas não é no estágio que você vai aprender, você vai aprender se você ficar todo dia aqui” eu lembro que eu pensava assim e eu me danei quando eu fui pro C.S., né. Porque eu tinha..... a diferença do C.S. pro hospital que eu tinha..... que eu vi foi assim, num hospital você vê..... o mundo é só ali, o paciente é só ali, você esquece que ele tem outro mundo, e num C.S. você tem que dar conta de 4 bairrose isso me apavorou, viu (referência ao entrevistador), me apavorou. E aquela coisa de vigilância, tem que fazer bloqueio, “Meu Deus! Já não vou dar conta disso! Mas como que eu tenho que” porque aí a coisa se tornou tão abstrata que eu fiquei perdidona, porque no hospital..... e na sua formação a maior parte é no hospital, inclusive de administração e o mundo é dentro do...no máximo maior é o hospital inteiro, pelo é assim que eu vejo, e no C.S. não, o estágio é dentro de um C.S. que você vê o atendimento de algumas coisas específicas, que eu lembro que tinha M.H., tuberculose, vacina, naquela época ainda dava leite no C.S., mas a gente não conseguia ir além daquilo, no estágio mesmo no C.S. era dentro de uma casinha, quando você vai pra prática, pelo menos dentro do C.S. e se você já teve 7 anos de experiência no hospital, independente se é enfermaria ou ambulatório, você tem que dar conta de um mundo inteiro, da casinha, do jardim, do quintal, inclusive da rua do outro lado.

Então, você não acha essa frustração que você dia estar sentindo não tem a ver com isso? Quer dizer, de você ter mudado o foco de visão sobre a questão da saúde...

- Abriu muito o leque e se perdeu.....

E você, caiu na real,

- pode ser.....

e antes você

- era a coisa hospitalar.....era a coisa mais limitada, aí tinha um certo grau, sabia que ia daqui até ali, e aquele era teu papel. Agora, tem uma coisa assim que eu não sei se é muito ilusório, masa frustração é também uma coisa assim que talvez tenha relação mas eu não tô fazendo agora. Eu gostaria tanto de ...tipo começar com uma coisa e terminar com a coisa e eu não consigo isso. Pois é.....quando eu tava no ambulatório e trabalhava com..... eu acho que na enfermaria, apesar de eu ter saído e que nunca mais querer voltar pra uma

enfermaria eu acho que ainda tinha isso, porque eu ficava com o paciente, eu via ele melhorar e dava alta, mas que não era só da minha alçada, independente se era uma equipe ou não, acontecia isso, você via uma certa gratificação, agora no C., no ambulatório não tinha isso, porque é.....a clientela, né, é muito rotativa, então um dia você vê o paciente outro dia você não vê, ou então a cada momento é um paciente diferente mesmo aqueles que tavam no grupo o grupo, que eu mais gostava, que era o de (designação de um grupo de orientação que realizava) eu não dava continuidade, eu só via aquele paciente uma vez na vida e nunca mais via, e aí dava frustração..... porque eu falava assim "pô, orientei, como é que eu avalio o que eu ele..." Primeiro que eu sabia que num dia de 2 horas, paciente em jejum pra colher sangue, ele não vai entender lhufas o que você tava falando, tava na cara que não, concorda? E depois eu nunca mais via pra saber se realmente dava pra dar algum acompanhamento pra ele, o de (designação de outro grupo de orientação) até era mais.... mas aí a coisa se tornava rotineira e daí me dava uma cansação minha filha, tudo que me....que fica muito rotineiro vai me dando um tédio...e daí não deu conta, não deu conta. E no C.S. é assim, num dia você orienta o paciente, você nunca mais vê o paciente, aí, de repente o paciente volta e você não lembra mais dele, né, uma coisa assim de ter uma coisa maisfixa, e talvez o me..... essa coisa de não querer mais fazer grupo de orientação, talvez Freud explique, é medo de que aconteça tudo isso de novo e eu não tô a fim.

É, é meio complexo, mesmo. Agora, assim, como você vê seu trabalho? Então, você já falou como está se sentindo, os limites do trabalho, a divisão do trabalho que existe.....Você lá dentro.

- Talvez eu seja um pouco..... eu goste de ser detentora mesmo do saber, porque eu gostaria de fazer a coisa e acompanhar, me entedia pensar que eu comece a coisa o outro profissional continue e eu tenha que supervisionar, eu não sou muito..... isso me faz entrar em crise, "será que você tá errada ou você tá certa?" porque se eu co.....eu acho que se eu comecei alguma coisa..... tudo bem que eu não dou conta de tudo, isso eu tenho que assumir, eu não dou conta de tudo mesmo, mas eu..... entrando de novo naquilo que eu falei, de começar uma coisa, ter um meio, ter um fim, mas não uma coisa assim rotineira que só repete, repete, tinha que ter algumas mudanças, né, agora aí eu já comecei a achar que, dentro da realidade que eu vivo ou mesmo dentro da profissão desde o tempo que eu comecei, e a nível de sociedade mesmo, a coisa não é bem assim, isso é muito (risos) bonito, (risos) é muito teórico, isso não tem como, não tem, e daí por isso que as vezes eu.....falo assim: "é por isso que você parou de brigar, né, porque...." brigar assim, não que eu seja briguenta, mas eu ia atrás das coisas, agora, eu não faço mais questão de ir atrás, quando falam assim "você tem que ligar na (numa determinada instância administrativa) pra resolver o problema" "hum, tem que ligar na (referência à mesma instância anteriormente citada)?" (risos) é... pra mim.... hoje, quando eu tava voltando eu falei assim: "(auto-referência), como as coisa pra você tudo é difícil", pra mim tudo é difícil, nunca foi assim, tem que ligar na (nova referência à instância já citada) pra perguntar qual a manutenção que.... tudo bem que tem a questão de que nada é muito fixo na (instituição onde atualmente trabalha), cada hora é uma hora, né, eu por exemplo, "pede manutenção pra não sei onde", eu não sei, não sei, eu não guardo, não guardo a rotina da..., as normas, se é que tem, pra mim eu cheguei a conclusão que não tem. Uma hora é manutenção da (mesma referência anterior), outra hora é manutenção da saúde, então eu não sei, "(referência à profissional que é colega de trabalho), eu não sei. "Tem que perguntar na (mesma referência anterior)!" "Vou perguntar." aí falam assim: "Tem que ligar pra (mesma referência anterior)". Minha filha! eu quero morrer! desce a escada, vai no orelhão, liga... e daí eu fico comparando, (referência ao entrevistador), eu não era assim. Na (instituição anterior de trabalho), eu escafunchava, eu ia lá dentro do laboratório, não importa, eu ia, agora, na (atual instituição)..... Eu não sei. É um negócio esquisito. Desde que eu fui prá lá a sensação que eu tenho é que trabalho numa cidade fantasma, porque eu não conheço ninguém e só trata por telefone. Então, ao mesmo tempo que você fica num mundinho e daí a coisa da relação pessoal fica mundinho, (risos) diferente de um hospital (caracterização da instituição na qual trabalhava), ele é mais amplo e o hospital mais restrito, é um negócio.....é muitoesquisito, não sei, sei lá, acho que eu tô fugindo do assunto, não tô?

Não, acho que não.

- Sei lá, acho que eu que me perdi aqui, mas a pergunta era a prática....(risos).....ah! agora uma coisa é certa, né, você quando..... você tá na universidade, você tá no tempo de

formação, você não tem aexperiência da prática. Então, por exemplo, eu tento manter as coisas que eu aprendi, mas se for ver não é a mesma coisa, né, porque eu já tenho 14 anos de.....de caminhada, aí também vai entrar a coisa de como eu vejo hoje o local que eu trabalho, que antes eu achava que tinha que mudar, e muda também eu acho que a gente enquanto pessoa, né, a gente começa a ter uma outra visão da coisa, não é bem por aí, uma coisa que eu nãoque eu questionava quando eu me formei. "Como que essas enfermeiras ficam tudo assim?" né, porque você sai com um fogo da faculdade e mesmo no estágio eu falava assim "Ah! eu não quero ser como a enfermeira daquele jeito" e hoje eu paro e falo assim (referindo-se a si própria) "você não tá igual a enfermeira que você não gostava há 14 anos atrás?" Mas naquela época era muito estranho, pra mim era muita falta de garra, hoje eu já não vejo assim, não é nem pra me justificar, a gente amadurece, bem ou mal, a gente amadurece, sei lá de que jeito, aos trancos e barrancos e a gente começa a ser mais cauteloso nos critérios, né, e daí acho que por um lado não é bom porque a gente fica ah! com medo de ir pra frente ao mesmo tempo que ...toma cuidado commais.....mais cuidado nos critérios a gente não é tão impetuoso e as vezes falta impetuosidade pra gente, pra mudança, inclusive, mas eu não sei eu ainda não cheguei nesse YIN e YANG equilibrado, um dia eu chego, quem sabe? Porque essa coisa de equilíbrio é muito..... acho que não tem que ser tão impetuoso que nem eu era mas também não tenho que ser tão parada como agora sem nenhuma impetuosidade, tem que ter um pouco mais de.....

Hoje com toda a experiência que você tem, o que significa saúde pra você,?

- Hoje?

É.

- Não vale a definição da Organização.....(risos) também não sei (risos). Saúde hoje pra mim é, a gente enquanto enfermeira a gente é formada pra dar conta de tudo, a gente tem que dar conta de tudo, saúde hoje pra mim é: eu tenho que dar conta do que me é possível, eu não tenho que ficar estressada se não dei conta de coisas que não deu pra fazer naquele momento e que eu....., agora isso é uma coisa que eu tenho desde o tempo que eu comecei a trabalhar, eu não tenho que dedicar 24 horas da minha vida dia pra enfermagem, eu tenho que ter a minha hora de serviço..... a diferença tá que tem enfermeira que trabalha 24 horas por dia mesmo que não seja no..... o meu problema ése eu saí do hospital eu não tenho mais que me lembrar dele, isso acho que era um avanço na minha vida, agora, enquanto eu tava lá eu me estressava, tipo assim, eu tinha que dar conta nessas 6 nessas 7 horas, agora não é assim. Deu pra fazer, deu, não deu..... vai fazer mal pra alguém? Vai? Então resolve. Não vai? Amanhã espera e você faz. E procurar coisas mesmo pra fazer fora. Mas isso era filosofia antes, tem que fazer, tem que ter profissão, coisas fora pra.....

Então, você acha que cuida melhor da sua saúde hoje?

- Cuido, apesar de estar quebradona eu cuido, eu sou muito maise mudei também, antes eu não acreditava nas alternativas e hoje eu tô mais nas alternativas, né, e hoje eu questiono a tradicional, é assim, aquela coisa de pensar "mas será mesmo que tem que ser assim essa conduta pra esse paciente?" daí eu...eu fico só comigo questionando, porque aí eu também acho que eu não tenho que ficar entrando nesses,..... chegar pro profissional e ficar discutindo essas coisas, primeiro porque também não tenho argumento pra defender nem direito a tradicional nem as alternativas, se bem apesar de eu tar no meio, mas eu não tenho argumento nenhum pra ficar..... mas me angustia algumas coisas que eu vejo dentro da tradicional, que era o que eu acreditava piamente quando eu fui pra enfermagem. E depois de.....quase 10 anosque eu comecei, quase nada..... 11 anos depois, porque até então eu não acreditava na tal de homeopatia, esse negócio de Tai-chi, sei lá o que que é, Yoga, fitoterapia, a fitoterapia ainda me falta argumentos, tanto que eu coiso ainda, mas pelo menos eu me trato com isso, homeopatia, faço os meu Tai-ichi, acredito que não acreditava mas nem que vaca tossisse nessa coisa de energia, "imagina!, o que que é isso". E daí fui pro Tai-ichi... a primeira vez que eu entrei pro Tai-ichi, não dei conta, saí, nem dei as caras..... nem fui falar com o professor porque eu não fiquei. 3 meses e não dei conta da coisa aí, depois de um mês..... daí agora é.....o... a experiência da energia mesmo, agora eu acredito.

E aí como isso tem reflexo quando você tá exercendo o papel de enfermeira e tá lá com os clientes, nessa mudança que você falou?

- Eu fico super dividida, me angustia, porque a medicina tradicional que eu sempre acreditei ela anda me questionando agora, só que como eu tô lá no serviço de saúde que segue a medicina tradicional, quando eu me sinto à vontade eu defendo ainda aquilo que é

preconizado, mas eu nunca..... se a pessoa é daquelas que procura outras coisas, tipo, sei lá, se ela comenta que ela foi..... se bem que é difícil essas coisas, mas por exemplo, " Ah! faço tratamento homeopático" aí eu dou um estímulo, mas se ninguém nem toca no assunto a minha orientação é igualzinha a que eu sempre aprendi, e as vezes dependendo do caso.....depois que o paciente vai embora "será mesmo que era assim que você tinha que falar?" Porque eu acho mesmo que se eu começar a entrar dessa coisa de terapia alternativa com o paciente que tá lá acostumado com a tradicional e eu acredito mas eu não sei defender profundamente eu vou prejudicar mais do que se eu mantiver aquela conduta. Agora eu posso tá aumentando, melhorando a orientação no sentido assim de coisas por fora, fora da medicação, que ele pode tá utilizando no sentido de tentar melhorar a vida dele, mas as vezes me angustia, fico dividida. Bom, você acredita que o Tai-chi é legal...mas aí se vai.....e a medicina chinesa, porque o ano passado, o ano inteiro eu fui nos cursos do mestre Liu, da linha dele e se ouve da medicina chinesa "Ah! será mesmo que é assim?" uma coisa que é milenar, não pode tá falando besteira também, né, e daí fala assim..... o cara fala "remédio, se você melhorar a questão da energia não sei o que, não sei o que.....você consegue tá melhorando a doença." e aí você vai lá no C.S. o cara apresenta uma receita pra você com dez mil remédios e o cara você vê que ele não melhora, tá piorando, e você continua falando "toma esses remédios certinho, não pode deixar de tomar o remédio" dentro da medicina tradicional é isso, agora quando você começa a ter outro conhecimentos fora, que não a tradicional, você fica confusa, "será que eu não tô prejudicando falar pra ele tomar todas aquelas bolotinhas pra fazer mal pro estômago dele?" Mas aí eu já aprendi, eu falo assim, "desliga porque não tem jeito, você não vai conseguir fazer o cara ir fazer Tai-chi nem consultar com o mestre LIU, então é a vida dele é aqui". " Se você puder falar pra ele que é bom fazer caminhada você vai e fala que é bom fazer caminhada"Eu desligo, eu.....senão eu acho que a gente e o paciente fica muito perdido.

Você já falou uma série de coisas que eu não vou precisar perguntar. Você falou umas questões sobre o trabalho, o que o trabalho tem a ver com a sua saúde?

- Muito,tanto que eu aprendi a desligar, né? Olha, foi muito ferrenha a coisa viu, apesar de acreditar que eu tinha que dar meu tempo de trabalho naquele momento e o resto do tempo fazer as coisas que eu gostava, era um pouco..... apesar de eu tentar fazer isso na prática era um pouco teórico, né, e daí toda essa coisa de querer fazer as coisas e não conseguir foi um choque muito grande e mudar pra um C.S. foi a gota d'água pra uma crise que daí que eu comecei a cuidar de mim, porque, olha.....

Mas o que você faz, tem essa série de coisas que desencadearam uma crise de desmotivação, de frustração, como você acha que está conseguindo lidar com essa crise, com esses conflitos?

- Acho que é o que eu tô procurando por fora..... que tá me abrindona verdade desde de.... desde 91 até hoje que eu trabalho isso e que é muito difícil e que eu vejo alguns avanços,.....fora a questão da terapia..... que me ajudou bastante, ó, uma terapia legal.... não sei se foi pra você que eu falei isso, uma terapia super legal que eu comecei em 93, não me lembro.....em 93, e que eu faço até hoje é a cerâmica com a (cita o nome professora de cerâmica), né, que nessa coisa do fazer, fazer alguma coisa com cerâmica, é muito melhor ainda do que uma terapia, o se descobrir, né, então essa coisa de desligar em determinar horas, de não querer ser perfeccionista, isso tudo eu aprendi com a cerâmica. Por que eu falava assim " eu queria que as minhas peças ficassem perfeitíssimas que nem eu queria que eu fosse na enfermagem" daí a professora falava "calma, a gente tem que correr riscos, a cerâmica é assim, ela é imprevisível, ela pode ficar bonitinha como ela pode estourar no forno" aí você trabalha com o imprevisível que nunca nada vai dar tudo certo ou nem que tudo vai dar certo, e isso com o tempo..... eu fui assim..... Depois de 3 anos de caminhada, e isso eu cheguei agora há pouco tempo, mas eu não sei como que relata isso, e essa coisa detrabalhar com a arte, criar. Uma coisa que eu acho que nós não fazemos na enfermagem, apesar de a gente dar jeito pra tudo, de resolver o problema de tudo e que a gente sempre arranja um jeito pra resolver as coisas, a gente não cria..... eu acho que assim que falta..... a gente não cria, a gente é muito cheio de técnica e a gente fica muito restrito no poder fazer. Criar alguma coisa,sei lá,..... inventar..... Agora, isso eu não sei se é uma característica minha que não dá certo com a enfermagem ou se é porque a enfermagem realmente é daquele jeito e não dá pra criar, não sei se você entendeu, porque ela é muito cheia de técnicas, detalhes e tem que ser daquele jeito, se você mudar um pouquinho, ou bichinho vai entrar no buraco errado, sabe aquelas coisas assim, e é muito ...mesmo que eu não leve

....mesmo que eu tenha abolido entre aspas que as técnicas, se eu fizer corretamente, levando em consideração o princípio da não contaminação não sei o quê, isso não é muito grande perto do que eu posso tá criando com uma outra coisa, por exemplo, o que eu gostava de fazer nos grupos a parte que eu mais gostei nos grupos de orientação de diabéticos não foi orientar os pacientes, apesar de eu querer fazer isso, foi sentar e elaborar as coisas. Então, de elaborar, fez a experiência, viu como é que é, já perdeu a graça pra mim, (risos) Então, eu sou muito....o que eu chamava sei lá ,de.... não sei é ...se é instável ou volúvel, então é assim, eu tenho que criar, encheu? Passo pra diante, acho que isso é característica minha. Na cerâmica, isso me preencheu porque a hora que eu tô enchendo de um trabalho eu termino e começo outro...mais alí tem um monte de coisa minha.

Mas você termina?

- Mas termino e termina, na enfermagem eu não termino, eu começo e não termino, e nunca sei nem do meio e nem do fim.

Mas você acha que poderia ser diferente na enfermagem?

- Aí é que tá, por um bom tempo eu acreditei que podia, mas agora não acredito, agora não consigo nem defender que pode existir um outro jeito, não consigo ver, não consigo visualizar, não. Então,.... aí,.... bom, cerâmica, aí eu voltei pro Tai-chi, né, fiquei 2 anos estudando o Tai-chi, o Tai-chi é mais assim, a coisa de trabalhar a espiritualidade, a questão física, a tal da energia, que eu nem sei o que é que é, mas de vez em quando eu sinto. E isso.....Agora, perto do que falam eu podia ser muito mais serena, mas eu não consigo, por causa acho que de alguma coisa frustrante mesmo que tá incomodando, mas é isso, as duas coisas que me sustentam pra agüentar aquilo, enfermagem. Que outro dia falaram assim: "Ai, tenho que levantar cedo, hoje eu cheguei tarde. Que horas você levantou Fulana?" " Dez pras seis." "E pra que precisa levantar mais cedo do que eu?" "Pra eu fazer meus exercícios, os meus.....como é que eu falei? as minhas meditações que senão eu não me agüento aqui no serviço. Que aí eu fico irritada, nem eu me agüento imagina os outro me agüentar,né". Aí ela ficou olhando pra minha cara, assim, tem dia que eu não faço não, mas eu tento fazer porque eu sei o tanto que foi bom pra mim e me ajuda porque senão eu estouro, não agüento. É assim que eu cuido da minha saúde, que eu fico lá, equilibrando que horas que eu devo fechar a porta, que horas que eu devo me angustiar e que horas que eu não devo. Ai, é complicado.....(risos). Agora, eu inventei de fazer acupuntura, tô fazendo acupuntura, soofro prá danar. Inclusive, foi interessante que esses dias... eu sinto tanta dor, tanta dor que eu falei assim: "gozado, eu não sentia tanta dor!", mas a relação que eu fiz foi assim, a gente sente tanta dor quando.... sei lá deve ser uma muito dor antiga que aí você vai aprendendo criar casquinha, casquinha, casquinha, então quando alguém vem aqui você não sente dor, mas se você pegar lá no fundo minha filha!, é triste, eu sinto tanta dor, tanta dor.....

Dor o quê, na hora da.....

- Na hora de espetar a agulha, me dá choque.....(risos) aquelas coisas, morro de medo de levar aquele choque e aquela dor. Eu sei que outro dia eu derrubei todas as agulhas no chão, porque eu dei um pulo na cama.....de medo e..... sei lá, acho assim que é assim, é lentoe tal.. Ontem eu comentava com o dentista, porque eu sou daquelas que não gosta de dentista, e ontem eu falei assim: "Ah! mas (referência ao dentista) eu até melhorei, eu passo fio....." porque eu era super relaxada com a minha saúde, com a questão de dente, eu escovava dente porque era hábito, mas essa coisa de cultivar, não deixar cárie.....Eu fiquei feliz só tô com duas cáries depois de 3 anos, mas eu não "eu tô melhor, eu tô.....(risos), mas apesar de eu ter melhorado essa coisa da saúde, de cuidar melhor, mas ainda falta alguma coisa, sei lá o que, talvez decidir realmente se é na enfermagem ou não que eu tenho ficar, apesar de tudo hoje eu tenho que assumir que é meio de vida, né, eu dependo dela pra viver, não sei fazer outra coisa na vida pra ganhar dinheiro..... sei lá, (referência ao entrevistador).

Quer falar mais alguma coisa?

Imagine, acho que eu já enrolei bastante.

ENTREVISTA COM SUJEITO "A"

Como é que você chegou na enfermagem?

- Eu acho que, como a maioria, né, minha opção não era enfermagem eu prestei medicina, acho que duas vezes, levei pau, entrei na enferma..... entrei na enfermagem em 84 com a visão e o caminho de que no segundo ano, naquela época dava pra fazer isso, tinha uma prova no nosso 2º ano que a gente prestava e passava pra medicina e eliminava matérias,

aí, aconteceu um negócio interessante, eu.... , porque o nosso 1º ano lá na Santa Casa, lá na cidade, a gente convivia com o pessoal da medicina e eu comecei a ver e olhar e ver o hospital e ver o que eles faziam e algumas aulas..... os docentes da medicina davam pra gente e tal, aí, eu comecei a questionar o que realmente eu queria, queria ser assim, médica, ou ser algum..... outro profissional, e aí eu comecei a gostar do que eu tava fazendo e vi que tava voltado mais pro indivíduo, não pra doença, e era isso que eu queria e aí eu continuei. Uma das coisas que me fez realmente continuar o curso, foi o Projeto Rondon no 3º ano, foi meio pauleira, teve mil problemas, teve..... a gente fechou o Projeto Rondon, mas me fez ver que oo o máximo que eu podia é..... podia ajudar uma pessoa em relação à doença, porque enfermeiro não cuida só da doença, cuida da parte social, familiar, tem um âmbito muito maior do que as pessoas imaginam, então o mínimo que eu podia fazer pra ajudar uma pessoa ia ser o máximo, as vezes, pra uma pessoa, então eu resolvi continuar.

Interessante essas coisas. E como é que você, com esses anos todos de formada, se sente em relação ao fato de ser enfermeira, na questão mesmo de satisfação profissional, como é que você percebe isso?

- É..... desgastada, né, é..... a minha opção foi continuar na escola, né, no hospital escola, não es não especificamente na escola, mas aí os anos aqui, do (instituição de trabalho) foram me raleando, né, sabe, batendo muito, bateram muito duro, então em termos de reconhecimento e tudo, eu..... tô totalmente descrente disso, como profissional acho que isso não existe, existe, até, até acredito o seguinte, acho que precisava ter é..... mais indivíduos homens nessa profissional, nessa profissão, pra quebrar um pouco o gelo, porque muita mulher junto dá muito problema, acho que as mulheres são muito mais rivais, elas não são cooperativas, elas são rivais, então elas querem se esfolar, elas querem arrancar, não se vê progresso, não se vê equipe, então isso acaba desestruturando, eu comecei aqui com uma visão de equipe, tanto que a gente mudou a estrutura do hospital, a gente teve muita briga porque o pessoal do hospital não é da escola, nós éramos da escola, mas em relação ao reconhecimento profissional tá bem batido, precisava ter uma mudança profunda, porque as pessoas que eu vejo na enfermagem, sempre ficam na enfermagem, ficam desgostosas, e os anos vão passando e ninguém tenta mudar, se acomodam nisso e ao invés de procurarem uma opção de mudança, não, ficam martelando o desconforto, o desagrado delas no pessoal novo e no pessoal que ficou, e isso é maçante acaba com qualquer ânimo de qualquer pessoa e eu de..... eu podia até dizer que até 1 ano atrás, desse 7 anos de..... de..... nossa! Eu tenho quanto tempo de formada? 9 anos (risos),..... nossa! eu tenho 7 anos daqui , 7 anos e meio daqui, olha que absurdo! Nossa! tudo isso? Nossa! Até o até o ano passado eu ainda acreditava em reconhecimento, porque o reconhecimento que a gente tem é de ver que seu trabalho tem resultado, reconhecimento profissional é da entidade, da instituição, você não tem, então a gente acaba se apegando a esse tipo de reconhecimento de ver que o paciente saiu, que você..... você teve uma intervenção e que essa intervenção foi adequada e você vê que funciona, isso eu acredito, esse tipo de reconhecimento ainda me faz..... ir pra frente, né, mas outros tipos de reconhecimento, infelizmente, não.

Você acha que hoje o que se segura é esse.....

- É pessoal, é meu, é meu, e mesmo assim, eu tô num período que eu acho..... que nem isso tá me segurando mais, eu tô buscando outros outros caminhos, outras oportunidades, a visão que eu tenho de uns 4 anos pra cá é de que o fim da minha vida não vai ser enfermeira, vou mudar totalmente de campo mas eu queria continuar fazendo as coisas que eu queria, né, então eu tava na enfermagem de (especialidade) , era o lugar que eu adorava, era o lugar que eu queria, e fiquei, fiquei, fiquei, e saí agora, né, saí fazer.... 2 meses e aí eu comecei a questionar, "Será que realmente eu quero continuar? Se eu vou mudar de área? Se eu vou pra saúde pública, como eu queria? O que que eu faço, profissionalmente?"

Você já falou algumas coisas sobre: não existe trabalho de equipe, né,.....

- Não.

Então assim já aproveitando esse gancho, eu queria que você falasse um pouco sobre como você vê a prática de enfermagem hoje, a enfermagem sem se restringir exclusivamente à questão do enfermeiro mas de todos os.....

- a equipe.

os outros profissionais com quem a gente trabalha e a relação também com os

- todos os outros.

os demais profissionais que não são da área, como você vê o trabalho?

- É..... eu acho que em termos de formação bem teórico, né, a gente lê muito e ainda não leu adequado em relação a trabalho de equipe, eu.....não me lembro na época da faculdade de ter lido alguma coisa em relação a inter-relação pessoal pra que você aprenda a trabalhar em equipe, quais são..., a leitura e o estímulo pra gente fazer isso porque, através de experiências que a gente consegue trabalhar em equipe, mas também acho que é muito pessoal, né, é se você quer trabalhar em equipe, você vai se esforçar e vai procurar saber o que você tem que mudar como pessoa, porque você sai da faculdade, pelo menos eu saí, com aquela visão de que eu sou mandona, "Eu vou mandar, eu vou fazer isso," quando você chega lá e aí vê que não é isso, que você vai lidar com seres humanos, que tem problemas sociais, econômicos e familiares que você talvez não tenha, e como é que você vai lidar com isso? Pra você trabalhar em equipe você tem que dividir tudo, inclusive os problemas, e tem que ser aque..... acaba sendo, né, a enfermeira é aquele filtro que é o equilíbrio, ou a enfermeira tem equilíbrio e a equipe se harmoniza e vai numa boa ou então, se não tem equilíbrio, vira um inferno na torre, é um desgaste pra todo mundo, e eu acho que é pessoal porque, se você quer trabalhar em equipe com os outros profissionais, pessoal da nutrição, do laboratório, a parte médica, você tem que ter postura, se você não tiver postura você não consegue, agora, com os demais é questão de você abrir mão e falar assim: "Olha, eu eu sou dessa parte, mas eu dependo de você, eu preciso de você e....." ter uma relação interpessoal, entre as pessoas, se você não tiver isso não tem equipe.

Em relação ao que você falou, tem 2 questões que eu gostaria de explorar melhor. Primeiro, você falou que em relação à medicina você tem, a gente tem que terpostura.....

E eu queria saber o que isso significa.....

- O que isso significa?.

É, que significado tem ?

- Aaaaaah! De mostrar pra eles que você é um profissional que sabe muito bem o que você tá falando, tem que ter aquela..... confiança em você mesma como profissional ali, "Eu sou a enfermeira, sou a responsável", de não ter medode fazer as colocações devidas, de se colocar como "eu sou a responsável por isso também, vamos dividir o problema aqui", né, de virar pra um docente, virar e falar assim: "Olha, tá errado isso, o senhor não pode fazer isso, aqui tem regras, existem disciplinas que precisam ser seguidas, não é a casa da sogra!" é esse tipo de postura, de você colocar o limite desse profissional, eles testam muito a gente, principalmente quando a gente é nova, né, mas eles testam muito, se você consegue mostrar pra eles que você é uma profissional, sabe muito bem o que você tem que fazer, que o seu limite é esse e o dele passar a ser aquele, entendeu? Que ele não manda em toda a equipe, que ele não manda naquele pedaço, que cada um tem seu lado e sua responsabilidade, pronto, acaba se encaixando, tem-se o respeito, e funciona tudo bem..... as vezes pre....., as vezes passa-se um desgaste muito grande, porque a gente não nunca imagina que tem que passar por isso, a gente acha que as pessoas sabem disso, que cada um é dono..... que cada um tem sua responsabilidade, mas não é né, tem gente que acha que a a equipe de enfermagem é empregada, que tá lá pra fazer os desejos, e todas as coisas que a equipe médica deseja e não é por aí, acho, isso que eu acho muito legal do..... do hospital escola, que cada um tem seu limite e você aprende a fazer essas colocações mesmo aqui dentro, então quando você sai, você já sai com um jogo de cintura, né, pra fazer isso com os demais profissionais. Porque antes de eu entrar aqui no hospital, eu tive que fazer isso, num hospital privado, recém - formada, com médico de 20 anos te chamando de menina "Ô menina! Ai, esse povo que forma na UNICAMP tem essas manias!", desse jeito, você tem que ter jogo de cintura (risos), aprende, (risos) leva umas bordoadas (risos).

A agora assim, a outra questão eu já nem vou fazer porque já não cabe, mas éentão, você relacionou essa série de questões que tem basicamente a ver com relações profissionais, né.....

- Relações entre pessoas.

É dentro da equipe de enfermagem, da enfermeira com os demais profissionais de enfermagem e da enfermagem com os outros, né, e o que você enxerga como sendo os conflitos maiores que o enfermeiro, você, tem vivido pra desenvolver sua prática, dificuldade, obstáculos, coisas assim, eu gostaria que você conseguisse retratar isso, colocando, focalizando em alguns aspectos só, o que você diria?

- Relacionamento humano, principalmente de enfermeiro pra enfermeiro, principalmente, é conflito assim de rivalidade, a dificuldade de..... de..... de liderança, 2 pessoas serem

líderes do mesmo grupo, pelo menos é isso que eueu já vivenciei e vejo a dificuldade.

Você já falou que acha que isso tem um pouco a ver com a questão de a profissão ser de.....

- muita mulher (risos)

de maioria feminina. (risos) Mas o quanto que isso explica ou que outros fatores você acha que poderia estar explicando esse comportamento de

- outros fatores..... não, você sabe que, outro dia, eu não me lembro com quem eu tava vendo, né, retratando assim as características de mulher, né, é emocionais, psicológicas, e..... eu acho que tem muito a ver, muito a ver, todos os conflitos por ser uma profissão exclusivamente feminina, né, é pe..... eu acho que..... é uma das maioresnão sei se é a forte, mas deve ser uma das maiores explicações, porque instintivamente, é até em termos animais é a caçadora, é a que tem que ter a proteção em relação aos filhos, então é..... é..... o ser o forte e quando tem que se aglomerar em bandos, em grupos, se torna mais difícil a convivência, né, eu acho que..... eu não sei te explicar, porque foi umas das coisas que eu levantei há alguns anos atrás, com uma amiga minha que é psicóloga, e ela começou a me colocar as características e eu comecei "Puxa vida! sabe que eu acho que isso mesmo!" porque qual outra explicação? O duro é que eu não conheço muitos enfermeiros, né, os poucos que eu conheço são super..... é leváveis, parece que estão ali por estarem, não tem muita..... força de decisão. Outro fator que possa dar em relação a conflito, a formação, a formação é..... do profissional, se é uma formação assim..... muito administrativa, vai entrar em muitos conflitos porque não tátreinado e nem sequer passou perto de relações entre as pessoas, e toda a parte, né, de organização e os problemas e as diferenças. Se for muito assistencial também vai ter o problema de ser muito assistencial, você vai acabar..... querendo abraçar o mundo com todos os seus braços e aí vai se esquecendo das pessoas, e.....e uma das coisas que eu vejo que as enfermeiras não..... não sepegam muito, é a questão de você se divertir fazendo o que você faz, você tem que gostar muito do que você faz, porque financeiramente não é bem remunerado, não existe reconhecimento profissional, então, ou você faz porque você gosta de tá acordando cedo, de madrugada, ou à tarde ou a noite, né, pra vim pro hospital e cuidar de pessoas que vão tá bem piores do que.... do que você, você tem que tá muito bem, você tem que tá no mínimo se divertindo, é isso que eu falo pro pessoal : " a gente tá aqui é pra trabalhar mas vamos dar risada também".

E como você tem conseguido fazer isso?

- Fiz, fiz e acho que a maior das pessoas que trabalharam comigo..... é fazendo isso mesmo, é você sendo um pouco sabe, um pouco de criança? Achando graça das pequenas coisas no dia a dia, eu fui muito isso, né, na hora do de confrontar algumas coisas..... alguns conflitos meus em relação à enfermagem, como é que eu podia resolver?, né, conflito de morte, eu nunca vi tanta morte na minha enfermagem como eu tinha visto, né, como eu tenho contato, como é que eu vou fazer isso? Se eu ficar chorando todo dia, eu vou ficar mais velha cada dia o máximo, vou ficar com olheira, não vai dar muito certo, então é se..... eu cheguei a conclusão que tinha que criar um laço entre os..... os elementos da equipe, mostrando que a gente era como.....comouma pessoa comum, que tinha as piadas na hora certa, né, piada, "Vamos tomar um lanchinho ?, vamos tomar um café?" é criar uma área..... um horário de lazer pra todo mundo, brincar também, sabe, chegar e cutucar: "Pô fulano! Pô, mais esse tênis combinou o máximo com você", "Ô que jóia!" chegar e..... gozado que a gente acaba adquirindo um vocabulário muito engraçado, né, coitadinho, lindinho, tudo no diminutivo, isso que é engraçado, você sempre diminui as coisas, (risos) mas acaba se tornando engraçado (risos) , você ri muito, conta piada, mesmo no stress de você tentar manter, eu sou uma pessoa muito calma, então pra mim é muito fácil manter a calma, e transmitir isso pras pessoas, "Calma!" mesmonuma parada, né, o cara para na sua frente, super tranquilo. A (colega de trabalho), elaria comigo, porque eu chegava: "Fulana, se tem um monitor?" "Tenho, tá ali" eu catava o monitor, "por um acaso tá tendo uma parada?" "É, tá." E ela aaaaaaaaai, (risos), aquela tranquilidade, mas eu tento assim transforma a equipe num grupo de amigos que tão trabalhando juntos mas que se divertem também, sem aquela coisa de cara feia, nem "Bom Dia, nem Boa Tarde, "Você tem um problema comigo? Eu pisei no seu calo?" que ninguém ninguém tem sangue de barata, de vez em quando se dá umas extrapoladas, "Vamos sentar, vem cá" , tem que ter toda liberdade de chegar pra enfermeira, que geralmente eles botam num pedestal e falam assim: "Aquele é a chefe, tá cercada de arame farpado, você não chega nem perto, heim" , não, "Vamos sentar. É o seguinte: eu não gostei

do que você falou pra mim." "Ah! então tá bom, por que você não gostou? O que que eu falei?" De ter esse tipo de liberdade, tentar fazer isso, né,. Não sei se funciona, provavelmente, não é 100% porque a equipe mudou muito, rodou bastante e tem aquelas pessoas que não aceitam esse tipo de coisa e continuam do mesmo jeito. Mas pelo menos ter aquele..... aquele sorriso tranquilo e legal, chegar, com aquele bom astral. A gente introduziu música, nas enfermarias a gente tem rádio, né, entãoé..... fica engraçado, porque toca aquelas músicas engraçadas se tá dançando no meio do corredor, "Você ficou doida?" "Não, não tô nem aí, tô dançando", relaxar, né, a enfermaria não é um negócio frio, sombrio, e..... né, parece uma prisão, você entra, fecha a cara, bota teu crachá e "Agora, vamo trabalhar", não é assim.....

Agora você não é mais gente.

- (risos) É agora você não é mais gente, você é robô e vai fazer aquilo, não é.....

Vai cuidar de gente mas não é mais gente....

- Gozado, né, mas é verdade.

Como é que isso se reflete no cuidado em relação ao paciente, né, na assistência que você tem que prestar a ele, porque eu entendo que por trás dessas atitudes, que você tá colocando, tem uma percepção de saúde um pouco diferente ou de lidar com a doença de uma forma diferente da convencional, né.

- É.

Como isso se reflete na assistência que você presta ao paciente, como você vê o paciente.

- A visão dele?

Não, a sua, a respeito dele a sua em relação à doença dele.

- Em relação à doença dele. Ah! eu acho bem mais complexa do que é abordado, né, eu vejo como um indivíduo, que tá sofrendo de uma determinada moléstia, sei lá, em relação ao que eu tinha de de experiência, né, (especialidade de trabalho), mas que..... que é um indivíduo que gosta de de conversar, que tem família, que tem sentimentos, que existe uma série de preocupações e ansiedades, né, bem maior. Eu respondi, ou não respondi? (risos)..... é a visão de.....

Já que você disse isso, o que é saúde pra você?

- Hummmmm, ó, pergunta que é difícil de juntar tudo e botar numa palavra só, né, saúde é um estado de espírito, físico e pessoal, porque se você tiver bem, né, é um estado de espírito, porque relaciona com uma série de sentimentos, que é o indivíduo, físico porque acomete a parte física, né, e pessoal porque é um indivíduo que tem família, tem um..... um ambiente social, tem uma série de expectativas, é bem pessoal. Chega uma pessoa acamada lá, paraplégica, gente!, é um negócio assim, muito mais complicado do que você fica só preocupada em ficar mobilizando de um lado e de outro pra ele não ter escara, esperando pra ele fazer uma cirurgia, "Ah! vai embora! Vai embora, resolve e vai embora!" não é assim, só essa..... essa fase de espera, você vai ter que ser ouvinte, vai ter que ser amigo, colega, se vai ter que fazer as coisas que ele teria acostumado, "Vamos bater um papo, aí, você torce pra que time? Ah! tá passando tal jogo" e traz televisão pro povo ver o jogo do Brasil, porque todo mundo é brasileiro e tudo mais, acho que tem que pensar isso tudo, não sei te dizer assim, o que é saúde em palavras

E da onde vem esse gás então? (risos)

- Meu?

De onde que vem esse gás? Porque pra gente até estar compreendendo a questão da saúde dessa forma, também tem que se sentir, assim

- Aaaaaaaaah! é verdade.

Com uma energia, de onde vem isso?

- acho que de uma filosofia religiosa, diferente da maioria das pessoas, é..... da visão que eu tenho de indivíduo e da visão que eu tenho, minha pessoal, né, de tá..... com um pensamento assim, que as coisas sempre vão estar boas se você tiver pensando bem. Então se você tiver feliz as coisas vão aparecer bem, né, a minha..... a minha..... a minha parte religiosa é espírita, né, então a gente tem uma visão bem diferente das coisas não é só aqui e agora, né, é, mas é de estar aqui fazendo o melhor de você, né, pra você ter uma elevação espiritual, então eu acho que é daí, olha que deve ser daí!, viu, eu nunca tinha pensado nisso porque das pauladas que eu já levei e ainda, ainda tá pensando assim eu nunca..... (risos) é difícil, né, é difícil de encarar tudo assim numa boa e de pensar que as coisas vão dar certo e que as coisas vão melhorar, acho que é daí viu (referência ao entrevistador), não tinha pensado da onde vinha o gás.....

De algum lugar deve vir.

- pessoal também, né, jeito de ser de cada um, busca as energias de..... internas e vai pra frente, tá, e dá pra dar umas baqueadas de vez em quando mas aí você levanta a poeira, sacode a poeira e dá volta por cima.

Então você deve estar no lugar certo, né?

- Lá?

Não, não sei o lugar, mas no trabalho certo, na atividade certa que tem a ver com você.

- Tô, eu acho.....eu acho que.....eu acredito, que se eu tivesse encarado medicina eu acho que eu ia tá tão desgostosa porque existe um limite, medicina, se você começa entrar pra esse lado você é discriminado profissionalmente, e no nosso lá..... e sendo enfermeira não, eu me encaixei super bem, você tem que ser ouvinte, tem que ser participativa, se tem que ter uma interação pessoal, familiar, eu te..... eu tenho uma paciência enorme, gosto muito de interagir com as pessoas, sabe de você..... o mínimo, máximo que você, o mínimo que você acha que tá contribuindo pra uma pessoa, puxa!, as vezes é..... é o empurrão que ela tá precisando e nesse est..... e dessa forma eu vejo a profissão, a enfermagem né, como um todo, e também vejo que a maior parte dos profissionais não pensa assim, porque se pensasse assim ia ser tão diferente, ia ter uma modificação estrutural completa, eu acredito..... que acredito também que possa acontecer isso.

Você acredita?

- Que possa acontecer isso? Ah! eu acredito, porque a gente vai, digamos assim, né, eu que que penso desse jeito, se a gente cutuca aqui e mexe lá, tenta..... tenta mudar o seu pedacinho, talvez aconteça, se tiver mais pessoas pensando dessa forma, a gente consegue, tem que ter mais pessoasque pensam dessa forma, porque, sabe porque (referência ao entrevistador)? Porque eu vi, aentramos eu e a Fulana (colega de curso), né, de formações iguais, de personalidades muito parecidas, com o mesmo tipo de visão, mesmo tipo de pensamento, igual, a gente entrou na enfermagem de pernas..... de ponta cabeça, um inferno na torre, um desgaste, um atrito pessoal, a gente fez uma mudança estrondosa, a enfermagem parecia outra coisa, quando você entrava você pare..... tinha a sensação que você tava num asilo de louco, a hora que deu a limpa, tirou todas as enfermeiras e colocou a gente, "Olha!, a partir de agora vocês que tocam o barco!" mudou a cara, parece que ficou mais claro, parece que ficou melhor, sabe, a gente incorporou uma série de coisas da da formação da faculdade, coisas como na sistematização a gente que começou, começamos a dar toque, "Gente! Pera aí a enfermagem também não é camelo, né! vamos dividir as tarefas pra gente conseguir uma qualidade melhor" e batalhamos, batalhamos, batalhamos, conseguimos. Então, a enfe.....é..... a enfermagem é muito cabeça dura, a partir do momento que existe uma técnica ou um certo procedimento, "Ah! não pode mudar, não pode, não" idéias novas, completamente bloqueadas, aí você precisa ter uma certa persistência, né, eloquência, blá, e mostrar o "a" pelo "b" , "Não, olha, mas se for desse jeito, vai ter benefício pra todo mundo!" aí o pessoal muda de posição.

E da onde você acha que vem essa certa..... essa aversão à mudança a, essa rigidez.

- Essa rigidez? Acho é a história, né, eu nunca fui a fundo na história da enfermagem, não.....deve ter vindo lá do..... lá de trás, desde o começo, deve ter ser uma coisa..... que é muito difícil, a gente vê que as pessoas tem uma resistência muito grande a mudanças que as vezes são..... tão necessárias, tá na cara que você precisa mudar e o pessoal ainda insiste e persiste no erro, não sei. Ou até..... aí, torno a falar, por ser muita mulher, né, porque se você vai mudar, "Não" você vai ter que dar o braço a torcer de que a outra tá certa, "Então eu não vou dar!". Eu senti um pouco disso é, na aula que eu dei até eu coloquei um pouco, porque quando nós entramos tinha as enfermeiras mais antigas, tinha algumas enfermeiras de 3, 4 anos, que olhavam pra gente e falavam assim: "AH! essas meninas!, Ah! essas meninas! Ai essa dor de cabeça!" e foi duro, foi difícil pra quebrar o gelo delas, porque elas já tavam cansadas, esgotadas, mal reconhecidas, elas tavam, engraçado, que o hoje eu olho e vejo assim: "Nossa! a gente tá no ponto que elas tavam", a gente tá cansado de bater na..... dar murro em ponta de faca, ver que nada muda, então você fala: "Puxa vida! tem que ter alguma coisa que se faça em conjunto pra quebrar isso", porque senão, vão ser as gerações que vão entrar e vão sair e vão sentir as mesmas coisa, você entra com o maior gás, aí os anos vão passando, vai caindo o gás, aí você vai vendo que dá murro em ponta de faca, só você que é testa de ferro, aí você é taxada como a rebelde, a isso, a bocuda, a não sei o que lá, é cortada de todos os cargos possíveis de de elevação, né, "Não pode, perigosal, vai que a gente deixa ela entrar, vai mudar do jeito que ela quer, não pode!" (risos)..... não..... não tem o que dizer.

É mais isso que você se referiu no início, né, a falta de.....

- de reconhecimento. É não sei,..... é uma coisa assim.....

Acho que o enquadre assim que as coisas tão funcionando é outro, né, e aí é uma maneira de trabalhar inovando, porque sempre ameaça todo mundo....

- Dá medo.

Mudança ameaça, né, qualquer tipo de mudança.

- As pessoas vão se acomodando, sempre a mesma coisa, acaba se tornando uma coisa rotineira, "tá bom do jeito que tá".

O quanto que você atribui, esse estilo teu, as suas características pessoais, esse estilo que você imprime no seu trabalho, o quanto que você atribui à formação que você recebeu?

- A minha especificamente não muito, não..... não mesmo porque eu ainda peguei uma fase dura, né, daquelas professoras hora-aula, então não tinha muita identificação de você olhar e falar assim: "não eu quero ser como aquela professora alí ó, o perfil de enfermeira, a minha visão é aquela " eu não tive isso, então a a atribuição do estilo de trabalho nenhum, atribuição é pessoal meu mesmo, a visão, a a diretriz profissional é..... à formação que eu tive, que foi tanto assistencial quanto administrativa, a partir do 3º ano, foi quando nós mudamos prá cá a aí deu uma reviravolta na escola, que fora isso não teve não, difícil né, eu não ti..... não tive nenhuma identificação, nenhuma..... de formação. muito pelo contrário,(risos)

Que bom né, (risos) vai ver que é por isso que..... mais uma das razões para você ser assim, como é, por você não ter se identificado com o modelo.....

- Não, não mesmo, porque eu ainda era um modelo meio irreverente de ir pra sala de mini-saia, né, então a a aí, como que ela chama?

Fulana?

- É, a fulana "Não me entre no hospital com essas mini-saia, o brinco só tem que ser pequenininho, não sei o que" . Aí eu comecei a falar: "Gente! Como não é individual....." quer dizer, "tão fazendo um padrão que não cabe pra mim", né, na época eu..... eu andava de short e de mini-saia, é o jeito, tá bom, no hospital não pode entrar, mas "brinco, tem que não sei o que, não sei o que lá". Uma das coisa que foi de formação é o seguinte, eu não consigo usar sandália, porque desde o começo na faculdade: "não pode usar sandália, tem que ser sapato fechado!" até hoje eu não consigo usar, ou eu ando descalça ou eu ando de sapato fechado, e o hospital pra mim, eueu ainda fixei aquilo da fulana: " ai!", de nojo, não sei o que, não consigo andar de sandália no hospital, gozado, né, mas é de forma..... isso eu peguei (risos) isso eu peguei

Bom, digamos que é uma coisa saudável, é uma precaução.....

- É, não, é uma coisa de assim de preocupa.....de... a preocupação que ela tinha com a gente, gozado, (risos), mas em termos de pessoal, acho..... até..... até interessante, né, esse tipo de, de você ver as profissionais hoje, a gente da minha..... da minha turma, acho que cada uma é uma pessoa bem diferente mas que não se fixa em nada de formação, e acho que nem é esse o objetivo, não é, o objetivo é você dar a base de conhecimento, uma linha de trabalho, mas cada um é um indivíduo totalmente pessoal, o indivíduo e o individual, não tem como a gente querer fazer um exército, tudo igual.

A gente sabe, vê dentro da instituição, o quanto que o trabalho na saúde é dividido, fragmentado, e a enfermagem tá nesse contexto também, não só dentro dela, mas dela em relações aos outros, como você enxerga isso considerando o que você pensa a respeito de saúde?

- Um conflito, né, (risos) conflitante, super fragmentada em pedaços.

Mas você percebe isso assim ou não é uma coisa que te toca tanto?

- Que me incomode? Muito? Que me incomode não, dá pra conciliar, é uma coisa complicada, né, meio conflitante, mas dá pra conciliar, dá pra gente seguir sem..... grandes..... conturbações. Tão fragmentada que você acaba se perdendo no meio, acaba mesmo, você vê assim: "pera aí!" até que ponto é o que, "pera aí" até que ponto é minha responsabilidade, o que é do outro, pera aí, onde eu cheguei, eu passei? E caba sendo engraçado porque.... a gente acabou fazendo isso, a gente chegou num ponto, assim, a fragmentação da equipe, né, da equipe de enfermagem, "pô, tem enfermeiro, tem auxiliar, tem técnico, tem..... atendente, porque a gente ainda tem atendente aqui, né, chegou num ponto que..... acho que porque a gente considerava a enfermagem tão especializada, assim, então, precisava da assistência direta, chegou num determinado ponto gente percebeu que os nossos funcionários não sabiam passar um sonda vesical, não sabiam aspirar, por que? estavam estritamente nos banhos, com a coisa pesada e maçante e a gente abraçou o

mundo, porque a gente não sabia, a gente acabou considerando que tudo era importante, importante, muito importante que era só a enfermeira que tinha que fazer e aí chegou o ponto que a gente parou e pensou “pera aí, até que ponto nós vamos, qual é a necessidade, vamos aqui dividir” porque você acabava fazendo coisas e deixando de ver outras muito mais importantes pros pacientes graves, a gente se perdeu, achando que, entendeu, a enfermeira é mão de obra e aí, os..... os funcionários acabavam seé..... ficavam massacrados porque é só aquilo, é a mesma coisa, não tinha nada de diferente, nada de novo pra fazer, e acabam ficando chateados, de saco cheio. É complicado, a gente tem que ficar com o olho bem atento pra isso porque senão você vai..... e se acaba sendo assim, como a gente falava, como eu falava, né: “aquela mão de obra pra qualquer coisa”, você acaba fazendo assim o que não é..... você acaba fazendo o que é seu, o que não é seu, o que é do outro e vai embora, abraça tudo, da nutrição, da lavanderia, aí você vira e fala: “espera aí, eu tô resolvendo tudo? Tá.”, porque aflige você, né, aflige seus pacientes, aflige seu ambiente, e acaba “não, pera aí, sou eu”. Aqui, até que a gente não sente tanto, acho que, trabalhei no hospital privado fora você sente também, mais do que aqui. Que é bem, aqui tem todas as diretoras de....., né.....

Aqui é mais dividido ainda,

- Mais dividido ainda (risos).....

Os terrenos são mais delimitados, né?

- São.

Tem alguma coisa a mais que você queira colocar?

- Não.

ENTREVISTA COM SUJEITO “I”

Como é que você chegou na enfermagem?

- Hum, como eu cheguei..... Eu.....mal sabia o que era enfermagem...(risos)eu fiquei sabendo ...via um amigo meu do, vestibular da UNICAMP,...que me deu o máximo.....de eu me interessar pela área de biológica, né,... eu fiquei sabendo que tava tendo um segundo vestibular na UNICAMP e a única.....área a única...é não tô sabendo..... éfaculdade da área biológica era enfermagem. Daí eu fui me informar melhor sobre isso, daí eu me informei, resolvi fazer a inscrição, prestei vestibular e entrei, eu pensei: “se eu gostar eu continuo” e(risos) rolou até hoje.

Você não conhecia nenhuma enfermeira?

- Não.

Nem parentes, família.....nem experiência como paciente.

- Não conhecia nenhuma enfermeira, nunca tive conhecimento nenhum, não sabia né, das diferenças das qualificações, das atribuições, só fiquei sabendo, né, durante a faculdade mesmo, quando eu entrei, mas não foi porque eu gostava de enfermagem que eu prestei, porque era da área de biológicas mesmo.....

Então, foi identificação com a área.....

- Com a área de biológicas.

Você não pensou em prestar biologia?

- De biologia? Pensei também Eu tinha prestado numa faculdade de biologia, só que era muito longe eu acabei não fazendo, né, e UNICAMP, era perto da minha casa, era uma faculdade estadual, não tinha que pagar.....então por isso que eu acabei prestando.....

Você não pensou em fazer medicina?

- Não, nunca pensei.....em medicina, medicina, não, a minhaa minha área..... era biológicas, biologia.....no final acabou sendo enfermagem.

E como você está se sentindo como profissional. Hoje?

- Então, a gente vai..... aprendendo no dia a dia, né. No começo, quando a gente tava na faculdade...sei lá, no papel de aluna, pensava que era bem mais difícil, né, não só pelo status mais baixo que a enfermagem tinha, que as pessoas passavam....., hoje já não acho que é assim, acho que quando você é profissional o negócio muda, né, as pessoas me conhecem, a equipe me conhece, você vê que tem um campo legal pra trabalhar, tem é.....lógico que tem as vezes as coisas que desagradam no seu trabalho, que você pensa em.....não em desistir, mas fala “por que eu escolhi a área?” né, acho que qualquer profissional é assim, né, também é.....até esqueci o.....

Como é que você está se sentindo como enfermeira?

- Acho também questão de valorização salarial tambémnão é diferente das outros profissões, né, esei lá, tô querendo me aperfeiçoar cada vez mais, é uma coisa que tem que correr atrás, né,.....e.....tô gostando agora que..... eu tô exercendo é.... a parte assistencial, e...todo dia você tá aprendendo alguma coisa .

Pensando na formação que você teve no Departamento de Enfermagem e a prática que você desenvolve ou já desenvolveu, que ligação você vê? Teve coerência ou não, os conteúdos que você recebeu, a formação de modo geral?

- Acho que tem ligação sim, acho que muito do profissional que eu sou hoje é relacionado com o que eu aprendi, não só a parte de conteúdo, mas a questão ética, profissional, acho que tem muito a ver com a faculdade, né, toda a parte pessoal, né, é.....não sei, acho quetambém..... é lógico que eu não mudei minha personalidade por causa da faculdade, acho que....é uma coisa diferente.....mas achoque eu sou.....acho que eu perdi o fio da meada (risos)

Você diria que foi adequado para o que você enfrenta ou enfrentou, as exigências que você percebe no trabalho?

- É.....é lógico que teve áreas, né, que eu acho que foi mais deficitária, é....estágios também, mas assim no geral, achoque foi suficiente.

Você tinha falado que enfrenta problemas, dificuldades, que tipo de dificuldades ou problemas você sente que enfrenta como enfermeira?

- O que a gente sente.....sei lá, não só como enfermeira mas como uma profissional que tá iniciando na carreira, né, é..... questão de ter conhecimento, né, a própria equipe de enfermagem que te cobra isso e que as vezes não..... sabe tua formação teórica, né, não sabe que você passou pelos mesmos cursos que a medicina, apesar de que você não formada pra ser médica, mas você tem um embasamento pra..... então as vezes,..... isso da equipe, dopaciente, né, que as vezes quer.....fica super muito difícil pra enfermeira quando vai dar atendimento e a pessoa quer o médico, né, acha que só o médico pode resolver, por desconhecer o profissional, desconhecer a formação, então isso acho que é uma coisa que é difícil pra trabalhar. Acho que não é a gente que vai poder.....lógico que a gente vai poder mudar isso, mas isso é tão no geral, né, e se a própria equipe não reconhece, acho que isso é.....e tem ...muito problema, também, né,de ser enfermeira, tem a questão de saúde, as vezes você não tem condição pra trabalhar, né,.....

Como assim?

- É que não te dão condições pra você poder trabalhar, não te dão as vezes..... espaço, né, não só condição material, não te dão equipe legal pra trabalhar,as vezes..... é.....tá fugindo a palavra,.....acho que é esquecimento falho, (risos), condição em geralacho que..... qualquer profissão, né,ainda mais quando você trabalha com saúde, não é só a parte, né, de material e humana e tal é a parte psicológica também, né,que as vezes você tem que tá preparada, né, pra.....preparada, como eu posso falar, preparada psicologicamente, é uma ... a saúde é uma.....uma área difícil de lidar, quer dizer, tem que ter um suporte, como eu trabalhava em psiquiatria, eu acho que eu tô até pensando mais quando eu trabalhava.....você tem que ter um suporte, né, é super complicado.

Agora essas dificuldades e limitações que você enfrenta como que elas afetam, te afetam?

- Como me afetam. Acho que tolfem, tolfem você. Ou você enfrenta isso como um desafio e tenta melhorar e tenta ir atrás, aumentar os conhecimentos,sei lá,..... confirmar, né, mostrar que você pode desempenhar uma função.....você foi preparada pra isso, é lógico que ninguém foi preparada pra fazer tudo, mas você pode é..... centralizar em melhorar sua função, não sei.

Você acha que isso tem funcionado mais como um desafio ou como algo desestimulante?

- As vezes acho que..... como uma desmotivação mesmo, acho que.....e as vezes como um estímulo, mais vai da pessoa também e vai também das condições que..... tua profissão te dá, que as vezes você quer tá melhorando e não tem espaço, né, pra tá fazendo isso

Quando você diz que a pessoa não tem espaço, que você não tem espaço, o que é que isso tá significando?

- Isso significa que.....você não pode crescer, né, acho que tudo bem a prática ajuda você é.... aaumenta seu conhecimento, mas também só a prática não é tudo, acho que teoria, sei lá, acho que é coisa de faculdade, a teoria é super importante, acho que embasa, né.....

Você diz em falta de espaço no sentido que não é facilitado.....

- É acho que não, pelo menos na minha área que eu tô, temacho que tem,.... lógica a pra paciente hospitalizado, acho queévocê. fica 8 horas no trabalho, né, as vezes tem outras pessoas também que precisam que fazer curso, você não pode tásempre centralizando, um coisa mais assim, não é tão freqüente, né, você faz um curso e sente que tá desperdiçando.....o pessoal te cobra, que você tá..... sei lá é.....fora do trabalho...então acho que écomplicado.... também não é uma coisa que você faz no serviço, né, não é dentro do seu trabalho, é fora mas.....

Que outro problema ou dificuldade que você identifica pra estar desenvolvendo o trabalho da forma que você tinha expectativa, que imaginava que fosse ou devesse ser?

- Outros problemas.....ao que eu tô desempenhando agora? Não à enfermagem em geral? Outros problemas..... Acho que trabalhar em equipe é uma coisa super complicada, né, porque é uma caixinha de surpresa a equipe, porqueporque além de você querer se reciclar você também tem que reciclar a equipe também, eu acho que isso é um problema, né, você precisa se achar pra poder fazer isso..... e a equipe espera muito, né, como a gente espera da Prefeitura (risos), a equipe espera da gente, então que isso é um problemaque.....dificulta bastante o trabalho, que essa é a função da enfermeira: educar, né, reciclar, agora.....a gente sabe que não cabe só a gente... mas é o que se espera, né?

E como você analisa o trabalho da enfermagem, não no sentido abstrato, o trabalho desenvolvido lá, como você percebe que é desenvolvido e qual avaliação você faz do trabalho, o que você acha?

- O que eu acho..... falando da equipe que eu trabalho. É lógico que nunca é o que você espera, não é o ideal, né, a saúde não é ideal no Brasil, mas acho, que na medida do possível, as pessoas tentam dar o máximo de si, mesmo não tendo o conhecimento, mas, indo atrás, né, acho que isso da equipe.....da equipe que eu trabalho é legal. Agora.....a gente trabalha com uma equipe super grande também, né, com pessoas diferentes, formações diferentes, é uma equipe multidisciplinar, mas você perguntou da equipe de enfermagem, né?

Pode falar, não tem problema

- Mas assim...acho quemesmo a equipe de enfermagem é muito.....ainda.....é muito submissamuito submissa ao papel do médico,acho que trabalha em função do atendimento médico, não em função ao paciente, à saúde ou doença, em função do atendimento médico, muito medicalista ainda.

Você falou que trabalhar em equipe é complicado, porque você acha isso?

- Por que eu acho complicado? Porque..... o grupo semprenunca é homogêneo, o grupo é heterogêneo e as vezes os objetivos não são comuns, né, algumas pessoas queremtrabalhar, dar um atendimento de qualidade e outras.....querem.....fazer suas horas, né, e receber o salário, né, independente do trabalho, do atendimento não pensa muito no que tá fazendo, né, porque e.....é duro, né, quando você confronta essas coisas, né,cada umpensa de um jeito, né, pra você..... poderseu fazer seu trabalho que você depende da equipe também, é isso queeu acho que é complicado e uma coisa reflete na outra, né, a coisa repercute e acho que daí complica mais ainda.

Sem usar a definição da OMS (risos) se você se lembra (risos) o que é saúde pra você?

- Acho que nem me lembro.....Ah! eu lembro, sim Márcia! (risos) O que é saúde pra mim.....

Sem jargões. (risos)

- Tá,ai, ai, ai, porque prá ficar.....(risos) isso é impossível na.....na saúde, o que é saúde. Saúde pra mim é qualidade de vida mesmo, não sei, o que a OMS.....conceitua, né, acho que não é só privação de doença, né, é você tá tendo umavida..... saudável, né, é.....eque.....e o que é que significa ter uma vida saudável, uma qualidade de vida legal? Ter um trabalho, é isso que é o jargão, não dá pra fugir dele, né, ter.....é.....lazer, né, ter.....casa, pra você poder,é duro não falar o jargão (risos).....mas é que..... é isso que é saúde, né,não só não questão de ter doença, mas é tar bem, também tem a parte de saúde mental,que acho que é até difícilvocê tar bem bem.....mentalmente.....não ter problema.....

Você tinha dito lá atrás que a enfermagem tem uma muito prática medicalizante, então é porque você estava fazendo uma crítica, né?

- É.

E o que você acha que deveria acontecer pra essa prática ser diferente, já que você pensa que saúde é o que você disse.

- É que não é só(risos) o médico curar da doença. Como que eu penso que isso poderia ser diferente? Sei, lá.....Pra nossa prática ser diferente? A gente não só trabalhar com doença, né, Sóporque você trabalha na rede, tudo bem, eu trabalho com prevenção, eu trabalho promoção, muito com com um pouco de cura, mas.....a enfermagem também deveria estar ligadaem outros órgãos, sei lá.....de...assim...mais amplos, sobre a questão de saúde mesmo.....não ficar só nessa questão de enfermeira de hospital, enfermeira de centro de saúde, né,..... acho que deveria ser uma coisa mais ampla, sei lá.....é complicado.

Já que saúde é isso também, você acha que você cuida de sua saúde?

- Da minha saúde? (risos)

Você tem tido condições? Pensa assim no lance do.....

- Do trabalho.....

Do trabalho.....

- É isso que eu pensei, do trabalhoporque..... o trabalho também tem a parte de..... é.....como é que eu posso falarse eu tô.....como eu posso explicar se eu tô satisfeita profissionalmente?

Realização profissional.

- É realização profissional. Se eu cuido da minha saúde e se eu tô realizada profissionalmente.....é.....(risos) acho que.....(risos) que de uma maneira geral, ninguém cuida da saúde..... é uma pergunta que eu nunca me fiz, Márcia, (risos) é super complicado (risos).....é uma pergunta que tem que parar pra pensar.....eu acho que.....eu me cuido, não que eu pare prapensarepra, né, tá fazendo alguma coisa em relação a isso.....masassim, a questão (risos)a questão de.....as vezes.... esquecer um pouquinho, né,não sei.....agora atémas esquecer um pouquinho do trabalho, ter um lazer, acho que eu também tô cuidando da minha saúde, não ficar só bitolada respirando o trabalho, a enfermagem.....pensando em família.....

Você diria hoje que o trabalho contribui para sua saúde? De que forma?

- Ou com minha doença.....(risos) ou pra minha doença(risos) De que forma que pode ser ? Acho que sim.....porque..... de uma ou de outra eu cresço e também.....amadureço em função das coisas que eu vejo, que..... eu faço, muito é..... questão profissional, porque.....não são só 8 horas de trabalho.....mas é um trabalho mais..... que a gente.....os cursos que a gente faz que...não é só da parte técnica, tem a parte de relacionamento, tal, é claro que isso é contribui pro meu crescimento pessoal, acho que isso também.....contribui pra minha saúde, né, no relacionamento com a equipe, é lógico, com o paciente, de..... um modo geral.

Pensando em sua prática assistencial, esse conceito, essa concepção de saúde que você está coerente com

que você desenvolve?

- Équando eu respondi a pergunta eu fiquei pensando sobre isso..... Acho que não tá coerente não.....ela..... tá longe de ser coerente, a gente realmente tá muito mais ligada a parte da doença, as vezes eu paro pra pensar.....quando eu escolhi Saúde Pública, não era bem pra isso pra ficar ligada só na doença e acho que..... acho que isso é importanteacho que..... não é que eu seja recém-formada, mas na área de.....de saúde pública eu sou umanovata, né, etambém na parte deda doença porque eu trabalhei muito com doença mental e agora eu tô na parte mais clínica, né, não sei.....eu também gosto de aprender as coisas epra mim tá sendo bom porque eu tôtô aprendendo, mas acho que não com..... não condiz com a prática de..... de não ser parte medicalista, né, só tratar a doença..... acho que é contraditórioa minha prática assistencial.

Acho que agora fica mais fácil de pensar o que a formação que você teve tem a ver com sua prática que você desenvolve?

- É, acho que no início ficava mais difícil de pensar, né. É ...gente teve.....uma visão muito mais....é lógico.....centrada na doença, né,.....foram quase.....(risos) não foram 4 anos, mas grande parte deles, lógico.....que quando até.....se o próprio profissional é formado tendo essa visão imagine como que vai ser o profissional depois, é..... issopode repercutir também.....no que eu tô fazendo agora,e a gente não para pra pensar, né, masnossos campos de estágios.....a gente

.....tendo oo hospital das clínicas do nosso lado (risos), com certezainfluenciou bastante na..... nossa formação,..... nãotem como fugir.....agora, fora as outras áreas, né, que quando é.....quando o objetivo era outro, né, de os (...) disciplina era outro, como a saúde pública, e de.....outras disciplinas, né, era pra lidar mais com a comunidade, tal, daí tudo bemmas, no geral, a gente.....a grande parte do nosso curso foi influenciado pelo meio.

Uma questão que talvez até seja a última, você tinha falado que trabalha numa equipe multiprofissional, disse que a enfermagem é muito submissa ao poder e ao saber médico e que a enfermagem desenvolve uma prática muito medicalizante, que dizer você estava querendo dizer que, de uma maneira geral, quem dita as regras do jogo é o médico, ele dita e a enfermagem.....

- Executa, é.

Executa, né, e como é que você enxerga isso e também na equipe de enfermagem como isso se dá, é mais democrático o trabalho e as decisões são mais democráticas se comparados com esse poder.....

- É, eu acho quepra equipe de enfermagem ter uma relação é mais democrática?

Não, como você vê o trabalho na enfermagem se realiza de uma forma diferente? Por exemplo, o médico prescreve e a enfermagem cumpre, cumpre a prescrição, como isso se dá na enfermagem, o trabalho, as tarefas são feitas de forma diferente, se comparados à equipe em geral, dentro dessa visão crítica?

- Eu acho que não, eu acho que não.....acho que(risos) quefica meio padronizado as atividades de enfermagem, não tem que.....nem que pensar pra fazer, né, muito procedimento, já, não sei.... como colocar em palavra, mas a pessoa só.....executa, né, como se recebesse uma ordem, né, e já soubesse de cor o que tem pra fazer, e de uma forma ou de outra todos são assim.....acho que éé geral.....tem.....é lógico que tem pessoasque não.....que é mais.....que a coisa não se dá assim completamente, tem.....na minha equipe, por exemplo, tem pessoas queexecutam, executam não,.....que tem o seu trabalho, na área.....visando a saúde, né, que.....temo grupo montado, né,..... tô pensando na Fulana e na Sicrana, (profissionais da equipe de enfermagem) né, que não depende do médico, né, e é uma coisa legal que eu acho que.....tem.....tudo a ver com aenfermagem, assim,..... com a partenão com a visão do médico, é independente, é pra ter saúde desligada com a saúde medicalizada, agora tem outros queeu não tô raciocinando aqui.....com certeza tem outros, mas a maioria é se você for pensar é em função do médico, o trabalho se dá em função do que o médico ordena ou em função do quese é esperado, né,.....

E como você explica isso? Isso acontece porque tem alguém que determina(risos) porque a gente se submete ou porque o outro.....

- (risos) espera.

se impõe a sua vontade, o que é que dá força pra.....

- isso acontecer.

Dentro do serviço eu digo, porque se for pensar de uma maneira ampla tem as forças da estrutura da maior na sociedade, mas dentro do serviço, de maneira mais específica.

- Porque isso se dá.....deixo eu pensar.....é mais cômodo pro profissional, é... sei lá, acho..... que vai da.....da comodidade e daassim.....dos conhecimentos do campo atuação profissional.....porque..... a situação não depende da vontade médica, né,é lógico tem que cumprir a prescrição, mas não só cumprir a prescrição, né, é.....que mais.....no caso do C.S. que eu trabalho.....ai, ai, ai, acho que..... o fator mais importante é a falta de conhecimento mesmo.....do.....do campo que a enfermagem pode atuar.

Certo, tem alguma coisa que a gente conversou e que eu tenha te cortado no meio do caminho?

- Não, acho que não.