

ENFERMAGEM: DA CULTURA DA SUBALTERNIDADE À CULTURA DA SOLIDARIEDADE

NURSING: FROM THE CULTURE OF SUBSERVIENCE TO THE CULTURE OF SOLIDARITY LA ENFERMERÍA: DE LA CULTURA DE LA SUBALTERNIDAD HACIA LA CULTURA DE LA SOLIDARIDAD

Roseney Bellato¹, Wilza Rocha Pereira²

¹ Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Coordenadora do Grupo de Pesquisa “Enfermagem, Saúde e Cidadania” (GPESC), cadastrado na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Vice-Coordenadora do GPESC.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cultura. Direito à saúde.

RESUMO: Foi objetivo do estudo apontar o potencial presente no grupo pesquisado no que se refere à sua competência para promover ações instituintes no seu ambiente de trabalho. A base teórica adotada para analisar os dados foi a Análise Institucional, na vertente explicitada por Baremblytt. Para a coleta de dados adotamos a entrevista semi-estruturada aplicada à nove trabalhadores de enfermagem e, posteriormente, formamos dois grupos focais de discussão para aprofundar os dados colhidos nas entrevistas. O critério de inclusão dos sujeitos na pesquisa foi o de ter vivido a experiência de internação para si ou para parentes próximos no mesmo local onde trabalhavam. Como resultado tivemos que o grupo estudado mostra grande potencial para subverter a cultura da subalternidade ainda presente na enfermagem, instaurando a cultura da solidariedade, altamente propiciadora do surgimento de forças produtivo-desejantes-revolucionárias que são a condição primeira para a emergência de ações instituintes e práticas cidadãs no serviço estudado.

KEYWORDS: Nursing. Culture. Right to health.

ABSTRACT: The aim of this study was to point out the current potential of the researched group concerning its competence in promoting innovative nursing care in the work environment. The theoretical basis adopted to analyze the data was the institutional analysis in the case explained by Baremblytt. In order to collect data we adopted the semi-structured interview applied to nine nursing workers and afterwards, we organized two focus groups for discussion to develop the data collected from the interviews. The criterion for inclusion of the individuals in the research was to have had themselves or their close relatives as inpatients in the same work place. As a result, it has been shown that the analyzed group of nursing workers is likely to undermine the culture of subservience present in nursing, therefore creating the culture of solidarity. It is highly capable of generating productive revolutionary-desiring attitudes, which are the prime conditions for the emergence of innovative nursing care and humane practice in the analyzed service.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Cultura. Derecho a la salud.

RESUMEN: Se tuvo por objetivo en este estudio indicar el potencial presente en el grupo investigado acerca de sus competencias para promocionar acciones instituyentes en su ambiente de trabajo. La teoría adoptada para el análisis de los datos fue el Análisis Institucional, según el enfoque de Baremblytt. Para la recolección de los datos adoptamos la entrevista semiestructurada, aplicada a 9 trabajadores de enfermería y, posteriormente, se formó 2 grupos focales de discusión con el propósito de profundizar los datos recogidos de las entrevistas. El criterio para la inclusión de los sujetos en la investigación fue de haber vivido la experiencia de internación hospitalaria ellos propios o los familiares en el mismo local donde trabajaban. Como resultados tuvimos que el grupo estudiado tiene un grande potencial para invertir la cultura de la subalternidad aún presente en la enfermería, e instaurar la cultura de la solidaridad altamente propiciadora para el surgimiento de fuerzas productivo-deseantes-revolucionarias, como la primera condición para la emergencia de las acciones instituyentes y las prácticas ciudadanas en el servicio estudiado.

Endereço: Roseney Bellato
Av. Anita Garibaldi, Res. Quincas do Coxipó, R. B, 85
78.075-190 - Jardim Universitário, Cuiabá, MT.
E-mail: roseney@terra.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de agosto de 2005
Aprovação final: 17 de fevereiro de 2006

INTRODUÇÃO

Ao fazer este recorte a partir de uma pesquisa maior*, foi nossa intenção compreender como a cultura histórica da profissão entra em tensão dialética com um devir cultural ainda em processo de fazer-se. Pudemos perceber que o grupo de trabalhadores de enfermagem, sujeito do estudo, partilha uma história comum que se inscreve dentro de um determinado espaço/tempo de um hospital universitário. Essa categoria profissional detém uma cultura que, ao mesmo tempo, a anima, mas também pode esmorecê-la. Essa constante tensão entre “aquilo que somos, aquilo que nos dizem que somos e o que queremos, de fato, ser”, faz esse grupo agir, reagir e modificar sua prática frente às adversidades do cotidiano, mantendo alguns valores que lhes são caros em detrimento de outros, que se apresentam como pouco representativos de sua identidade como grupo.

Enfim, esse se mostra como um grupo que se movimenta dinamicamente no território organizacional, produzindo e reproduzindo a sua história coletivamente construída e, embora, por vezes, se acomode e responda ao que lhe é inculcido como sendo o “lugar da enfermagem” dentro do serviço de saúde em que está inserido, também reage como grupo altamente desejante e atuante no sentido de reescrever essa história de maneira mais generosa e menos prescritiva no que se refere a uma posição subalterna culturalmente condicionada. Temos, então, no mesmo espaço organizacional, sujeitos diversos, ora sujeitados a um instituído fortemente arraigado culturalmente, ora desejantes, plenos de conteúdos e práticas instituintes, provocando rompimentos nessa cultura organizacional e relacional “dada”, construindo novos valores e formas de ser e agir mais solidários.

Partindo do pressuposto de que ser usuário de serviços públicos de saúde significa, quase sempre, enfrentar adversidades e encontrar muitas barreiras a transpor na busca pelo direito à saúde, entendemos que estas podem representar, para alguns, obstáculos quase intransponíveis, enquanto que, para outros, elas se tornam apenas mais um desafio que será transposto de alguma maneira. Ao vencer o desafio e conseguir que seu direito seja respeitado, esse usuário passa a

agregar conhecimentos e uma sensibilidade diferenciada que, acreditamos, poderia ser canalizada para outros usuários na mesma situação, aumentando, assim, os potenciais de cidadania do grupo ao qual pertence.

Em uma pesquisa anterior† chegamos à conclusão de que grande parte dos usuários e também dos trabalhadores de enfermagem do mesmo serviço hospitalar, campo da pesquisa atual, desconhece os direitos da pessoa internada elaborados pelo SUS. A partir dessa constatação percebemos a necessidade de trabalhar novas metodologias e teorias que pudessem propiciar práticas mais cidadãs e uma maior sensibilidade do trabalhador de enfermagem no atendimento aos direitos desses usuários, tal como estão definidos na Cartilha dos Direitos do Paciente do SUS, quando promovem o cuidado à saúde das pessoas.¹

Assim, partimos da idéia de que os trabalhadores de enfermagem que já tivessem vivido a experiência de serem usuários, eles próprios ou parentes próximos, do mesmo serviço onde atuam profissionalmente, seriam sujeitos ideais para refletir não só sobre o seu processo de trabalho, mas também sobre as questões do acesso e do direito à saúde dos demais usuários que desconhecem a internalidade e os meandros do serviço de maneira a conseguir vaga para sua internação. Nessa situação, tais trabalhadores foram por nós considerados, *a priori*, como usuários-privilegiados, em contraposição ao usuário comum, ou seja, aquele “de fora” do serviço de saúde. A idéia subjacente a essa escolha intencional dos sujeitos da pesquisa surge ao refletirmos sobre as facilidades e/ou dificuldades que, porventura, poderiam ter encontrado no acesso aos seus direitos à saúde. Assim, estariam predispostos a analisar mais criticamente os direitos dos demais usuários podendo se instrumentalizar para melhor atender às necessidades de saúde e aos direitos das pessoas sob seus cuidados.

Transitar por esse caminho onde se cruzaram sujeitos, ora na situação de trabalhador, ora de usuário, foi muito gratificante. Também o referencial teórico no qual nos respaldamos contribuiu enormemente, bem como as estratégias utilizadas para a coleta de dados da pesquisa, ou seja, a entrevista e, particularmente, o grupo focal de discussão. Nesse processo de coleta e análise dos dados as diferentes culturas que

* Pesquisa financiada pela Fundação de Apoio à pesquisa de Mato Grosso (FAPEMAT). Bellato R, Pereira WR. *A Análise Institucional e suas potencialidades para ampliar o processo de construção da cidadania dos trabalhadores-usuários de um serviço público hospitalar do Estado de Mato Grosso. Relatório de Pesquisa. Cuiabá, 2005.*

† Pereira WR, Bellato R. *Estudo diagnóstico das condições de atendimento aos direitos da pessoa internada em um serviço público hospitalar na cidade de Cuiabá – MT. Relatório de Pesquisa FAPEMAT. Cuiabá, 2003.*

nos movem estiveram o tempo todo presentes, evidenciando que, da opressão da cultura da subalternidade que já foi bastante forte na Enfermagem, está emergindo outra Enfermagem, mais impregnada pela cultura da solidariedade que traz em seu bojo outra forma de agir em saúde.

A enfermagem ainda é uma profissão eminentemente feminina, ou seja, composta, em sua maioria, por mulheres. Ela é também “feminizada”, um conceito ligado ao gênero, que nos aponta que pensamos e executamos o cuidado em saúde a partir de percepções, valores, processos e ações enraizados em concepções mais femininas de mundo, que valorizam outras perspectivas e saberes bastante diferenciados dos masculinos.² As diferenças são tão significativas que se diz haver uma natureza feminina na enfermagem que direciona, define, circunscreve o cuidar como uma ação essencialmente relacional, na qual se valoriza o outro e se impõe a necessidade de compreender, sentir, identificar-se com esse outro que é cuidado. Em contraposição, tratar a doença é mais da ordem do intervencionismo que separa aquele que trata daquele que é tratado, interpondo entre ambos um agente mediador representado tanto pelos meios diagnósticos como pelos meios terapêutico-medicamentosos.

É nosso entendimento, portanto, que, como categoria profissional, estamos fortemente impregnados a uma cultura multifacetada, ainda muito feminina, na qual se imbricam valores, conceitos e concepções advindas da nossa história de vida, das nossas formas de inserção e localização hierárquica nos estabelecimentos de saúde, das maneiras como executamos nossos afazeres cotidianos e de como nos relacionamos com o outro que cuidamos e com toda a equipe de saúde.

No que se refere à cultura profissional desenvolvida por categorias ou grupos profissionais distintos, esta engloba habilidades, conhecimentos, práticas e valores próprios, envolvidos em sistemas de significados e hierarquias de poder, dominação e também de cooperação, que operam simultaneamente, estabelecendo vários tipos de acordos e de conflitos. Longe de se apresentar como um sistema unificado de significados, este assume a configuração de uma espécie de mosaico no qual vários mundos pragmático-simbólicos coexistem de maneira complexa, interligada e também fragmentada.³

Nesse emaranhado de símbolos e situações, atitudes, ações e discursos se mesclam sujeitos desejantes e sujeitos assujeitados, sendo, no entanto, todos perententes ao mesmo grupo de trabalho, no qual al-

guns têm desejos de fuga e de distanciamento e outros desejos de encontro e fortalecimento. É nessa busca pelos grupos sujeitos, pelos sujeitos instituintes, ou seja, aqueles que têm o desejo de superação do *status quo*, que caminhou este estudo.

A MATRIZ METODOLÓGICA DO ESTUDO

A pesquisa da qual emana este estudo foi realizada junto a um grupo de trabalhadores de enfermagem de um serviço público hospitalar, cujo enfoque se deu no sentido de propiciar-lhes a oportunidade de uma reflexão acerca de sua identidade coletiva e de sua cidadania no que se refere ao direito à saúde. A pesquisa foi realizada em duas fases distintas, sendo que, na primeira, foi empregada a entrevista semi-estruturada junto a 9 trabalhadores de enfermagem, cuja temática se reportou ao processo de ser usuário do serviço de saúde sendo trabalhador de enfermagem do mesmo. O critério de inclusão dos sujeitos foi o fato de terem vivenciado o seu processo de internação ou de parentes próximos no mesmo hospital onde atuavam profissionalmente.

A partir dos dados aí levantados realizamos a segunda fase da pesquisa, que é o foco do presente estudo, em que empregamos a estratégia da discussão em 2 grupos focais, constituídos tanto por alguns sujeitos da fase anterior que demonstraram interesse em participar dessa nova fase, como por outros trabalhadores de enfermagem, mantendo ainda o mesmo critério inicial de inclusão. Por solicitação desses trabalhadores os dois grupos foram organizados de acordo com horários que possibilitavam sua participação, sendo esse o critério empregado para a sua composição. O Grupo Focal I (GF1) contou com 5 membros (A, B, C, D, E) e o Grupo Focal II (GF2) com 3 membros (1,2,3). Em ambos tivemos representantes das três categorias profissionais da enfermagem, qual seja, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro, oriundos das diversas clínicas do serviço de saúde estudado.

Os temas geradores foram discutidos nos dois grupos, sequencialmente, em três momentos considerados mais oportunos aos trabalhadores, de forma a estimular a participação. Tais temas emergiram das entrevistas semi-estruturadas e foram empregados na discussão nos grupos focais na seguinte ordem: quais os facilitadores e os dificultadores na experiência da utilização do serviço de saúde sendo trabalhador de enfermagem no mesmo? Por quê buscar a internação

no serviço de saúde estudado? Que análise pode ser feita da situação vivenciada para conseguir a internação frente ao direito à saúde?

O referencial teórico da Análise Institucional,⁴ escolhido previamente para analisar os dados, mostrou em seu arcabouço as ‘ferramentas’ que necessitávamos para contrapor ao paradigma da subalternidade, culturalmente ainda bastante forte na enfermagem, as idéias de solidariedade, de alteridade e de sujeito desejante, no nosso entendimento, presentes no grupo de trabalhadores de enfermagem que participou do estudo. O referencial teórico que deu suporte ao estudo será apresentado concomitantemente à análise dos dados, inclusive na explicitação dos conceitos principais aqui utilizados.

Para a obtenção dos depoimentos nas duas fases da pesquisa todos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas que envolvam seres humanos foram integralmente respeitados, sendo que o projeto do estudo foi aprovado mediante protocolo número 123/CEP-HUJM/2003. Para manter o anonimato os entrevistados foram identificados, como já apresentado em parágrafo anterior, por letras ou números apenas.

A CULTURA DA SUBALTERNIDADE E A CULTURA DA SOLIDARIEDADE: A TENSÃO ENTRE O INSTITUÍDO E O INSTITUINTE NO GRUPO SUJEITO DA PESQUISA

Nas entrevistas semi-estruturadas realizadas inicialmente pudemos compreender o que é ser trabalhador de enfermagem e usuário do mesmo serviço de saúde, sendo que nesse momento os sujeitos da pesquisa ponderaram, principalmente, sobre as facilidades e dificuldades ocorridas no processo de internar-se a si próprio ou a um parente próximo. Ao partirmos para a segunda fase da investigação, representada pela discussão nos grupos focais, obtivemos o reforço dos relatos feitos nas entrevistas individuais quanto ao fato de que, nesse processo, os sujeitos encontram muito mais dificuldades do que facilidades. Essa situação contrariou um dos nossos pressupostos de que, por serem “de dentro” do serviço poderiam encontrar maior facilidade no processo de internação, o que nos levou a chamar estes trabalhadores, inicialmente, de “usuários privilegiados”.

No entanto, como relataram muitas dificuldades nesse processo, a questão geradora das discussões foi: qual a motivação que os levou a procurar o próprio

hospital onde trabalham para tratar dos seus problemas de saúde ou de parentes próximos, mesmo sabendo das muitas dificuldades que iriam encontrar? Ficou claro que os sujeitos do estudo confiam na qualidade da assistência à saúde aí prestada, sendo esse o seu grande motivador. *Eu vejo também pela qualidade dos serviços, né? Todos os serviços. É serviço de nutrição, o serviço de enfermagem, serviço da medicina. Então, assim, você tem qualidade. Apesar de toda essa dificuldade, mas a gente ainda tem a credibilidade do serviço, dos procedimentos. Assim, por ser escola. A gente sabe, muitas vezes, a gente prefere o aluno do que o profissional (risos). É, então confia no trabalho que a gente desenvolve, então a gente acredita que seja um trabalho, ainda, apesar de toda a precariedade, eu acho que ainda é um serviço de qualidade (GF1/ A).*

E há concordância por parte de outro trabalhador de enfermagem de que seja essa a motivação maior: *também concordo, que tá relacionado com a qualidade. E também, o custo, né? Aqui mede se há necessidade de fazer o exame, tem uma capacidade, então o melhor lugar é aqui mesmo (Entrevistada D).* Com o que complementa outra depoente: *a gente vê assim, a qualidade de trabalho desenvolvido no nosso dia-a-dia, ótimo, cinco estrela, porque aqui você tem possibilidade de aprender porque você tá dentro de uma escola, de uma instituição. Aqui você tem diariamente professores e profissionais de enfermagem, de medicina, de nutrição, então a gente tem uma qualidade excelente pra aprender e pra botar em prática. Eu gosto (GF1/B).*

Esse gostar do que faz e saber que o faz com qualidade acrescenta um elemento fundamental no processo instituinte que é a percepção de si como sujeito que pode fazer diferença, acrescentando qualidade ao processo de assistir em saúde. Ao se perceber como agregador de qualidade à assistência prestada no serviço de saúde do estudo foi possível constatar uma maior compreensão por parte do trabalhador como participante/sujeito da construção de sua própria cidadania, pois, como afirma uma entrevistada: *aqui a gente, hoje, tá pensando muito nesta questão da economia hospitalar, mas é economia com qualidade que a gente quer. Eu falei hoje pra o diretor: ‘a gente quer economia com qualidade, não que essa economia venha piorar a nossa qualidade de assistência’. No entanto, a gente quer fazer economia, a gente quer colaborar com o hospital, mas a gente não quer que caia a qualidade dos equipamentos, a qualidade dos materiais que a gente usa (GF1/ E).*

Um outro depoimento evidencia a cultura da solidariedade emergente na enfermagem traduzida pelo se envolver e pelo gostar do que faz. Este forte motivador da qualidade no trabalho revela que pode ser um privilégio manter uma relação mais próxima de cuidado com os usuários: *uma vez que pra nós é assim,*

voce tem que estar bem com voce, voce tem que gostar do que faz, tem que prestar uma assistencia e aqui no Júlio Müller a gente tem essa facilidade. Apesar dos pesares, a gente está aí com certas dificuldades que agora passou, com mudanças, mas ainda a gente tem aquele privilégio, assim, de ter contato mais com o paciente, de conversar, de estar mais perto, de deixar mais aquele lado profissional e sentir mais, assim, amigo da gente, poder fazer humanização. Ultimamente, a gente tem voltado muito pra isso, e tem nos ajudado, a gente tem sempre festinhas com eles, e até porque eles passa a não ser mais estranho pra gente, né? Aqui no Júlio Müller tem essa facilidade, tem esse privilégio, que o cliente aqui pra nós, ele não é estranho, ele passa a ser parte do dia-a-dia nosso aqui. Se fica três, quatro dias, quando sai daqui já sabemos o nome dele, o que ele tem, porque que ele tá aqui, porque existe aquela, assim, aquela amizade da equipe, interesse de cada um, então é uma das coisas assim que, tenho certeza que quem sai daqui volta, umas das coisas que ajuda muito é isso aí pra gente (GF2/2).

Ao afirmar que é um privilégio poder interagir com o usuário para além dos aspectos técnicos, a trabalhadora de enfermagem evidencia sua identificação para com o outro e a satisfação de vê-lo como um igual a si, pois aprende e também ensina no processo de cuidar, tem carinho pelo que faz, envolve-se com o outro e com o trabalho em saúde: *não é assim essa questão de 'eu que sei e você não sabe', mas, sim, de 'nós não sabemos, vamos discutir juntos, vamos fazer juntos, vamos mudar essa rotina'. Não, agora eu não levo mais a rotina pronta pro funcionário. Hoje a gente está discutindo lá com funcionário: 'vamos fazer uma escala de serviço, que vocês acham? Vamos dar idéias, né?' 'Então, nossa, eu acho que tem que fazer assim, de tal modo. Escreva aí, o que o que vamos fazer'. Então assim, eu acho que esse curso do PROFAE me ajudou a trabalhar com essa questão. De começar a trabalhar pra tentar melhorar essa qualidade do trabalho, de afinidade, de qualidade de vida. Então, assim, agora a gente pede pra uma fisioterapeuta lá, hoje eu já peguei ela, já levei lá na pediatria, já fizemos um pouquinho de exercício de relaxamento, rapidão, cinco minutos! Então essas coisas eu acho que ajuda e motiva bastante o funcionário pra estar tendo essa disposição pra atender bem o paciente e ter essa qualidade de trabalho (GF1/E).*

A narrativa é reveladora de conteúdos que vão da educação permanente em saúde, passando pela importância do bem estar do trabalhador e desmistificando a idéia de que tudo em saúde só pode ser eficiente e eficaz se passar por elaborações sofisticadas, obedecendo a planejamentos rigorosos e metódicos para se realizar. As “ferramentas” apontadas pela enfermeira mostram que os trabalhadores podem fazer desde educação em serviço até exercícios de relaxamento com a ajuda da fisioterapeuta, ainda que “rapidão”.

Essa práxis traz as sementes do organizante que ultrapassam o organizado, ou seja, a capacitação do trabalhador, com toda sua teorização e história, dá lugar a uma educação permanente dirigida a necessidade que emerge no aqui e agora, acontecendo sem hora determinada e de maneira democrática, com todos opinando sobre as atividades comuns à equipe de enfermagem. A Entrevistada tem clareza que a motivação é necessária para melhorar o trabalho e a qualidade de vida dos seus executores e que, atender bem o usuário, é um elemento chave para ter motivação, disposição e prazer no cotidiano do trabalho.

Assim, contrariando a suposta cultura da subalternidade, estreitamente relacionada com a alienação do trabalhador da totalidade de seu trabalho, e apontando para a cultura da solidariedade, revelada através do conhecimento das questões éticas que envolvem o assistir em saúde, o processo de cidadania, que vem sendo coletivamente construído, pode ser evidenciado neste depoimento: *voce tem um caso novo, voce vai e pega o livro. Eu faço muito isso na clinica que eu estou com os funcionários. É, tem um caso novo lá, que eu não sei o que é, já sento com as meninas e vamos estudar, vamos ler o que que é isso? Questão assim, de quinze minutos, cinco minutos, a gente senta, lê, discute o caso. É um medicamento novo que aparece, vamos ver esse medicamento, para que que é, qual o efeito colateral dessa medicação. Então, isso daí eu acho, assim, que ajuda muito a manter essa qualidade de serviço. Porque o importante é você estar fazendo uma atividade, estar sabendo por que você esta fazendo aquele procedimento, né? Então, eu acho que isso ajuda muito e isso acontece porque aqui é escola (GF1/A).*

Dessa forma, desenham-se os processos de autoanálise e de autogestão concomitantemente, através da equipe que estuda junto, discute o “caso novo”, a medicação pouco conhecida, construindo referências de práticas que lhes são próprias, ou seja, instituintes, mas que poderão se tornar institucionalizadas com o passar do tempo. Esses processos contribuem para que os trabalhadores de enfermagem voltem a ter confiança nos seus próprios julgamentos, recuperando o poder de gerenciar o próprio processo de “aprender a aprender” e de aprender a trabalhar com o novo nos seus mais variados aspectos, retomando a autonomia perdida pela fragmentação entre o cuidar e o curar, o saber e o fazer. Assim, exercem, de fato, o seu papel de cidadãos interessados em fazer mais e melhor pelo outro que necessita do cuidado em saúde com qualidade, transportando nessa ação uma outra cultura, a do agir solidário.

A auto-análise é um conceito de origem psicanalítica e consiste em posicionar “[...] as comunidades como protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas, para poder enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida”.^{4:17} Essa dimensão pode ser evidenciada no depoimento a seguir: *hoje na GO voltou uma senhora que ficou internada com CA. Ela voltou procurando as pessoas que cuidaram dela. E ela quer fazer um trabalho voluntário com as pacientes da GO, que ela é assistente social, né? Então, na hora, eu fiquei pensando: Isso porque ela foi bem assistida aqui, senão ela não voltaria pra fazer um trabalho voluntário aqui! Então, é assim, a mãe daquela acadêmica que hoje é Residente, também está junto, então a gente está montando um grupo na GO, para estar trabalhando com as mães. Estamos montando um projeto bem legal. Eu fico satisfeita, fico feliz da vida! Porque eu sempre tive preocupação com a GO. Você que trabalha na pediatria, a gente tem vários programas na pediatria envolvendo a família e na GO não vejo isso acontecer. Então, eu tenho um vínculo com a GO e agora que as meninas me procuraram vamos trabalhar para melhorar a GO. Agora apareceu mais gente, mais essa senhora, estamos montando o projeto para ver não só a paciente que está lá na GO, mas para apoiar a família também, que vem visitar, é a oportunidade de estar fazendo educação em saúde, de estar orientando todos na família (GF1/D).*

Como a auto-análise é um processo que ocorre em simultaneidade com a auto-gestão, percebemos aqui a protagonização dessa entrevistada, pois, ao evidenciar seu apoio aos grupos de usuários interessados na melhoria da qualidade dos serviços prestados no Hospital, há um reposicionamento de estratégias para solucionar os problemas, as necessidades e para agilizar as demandas de ambos os lados, ou seja, dos usuários e também do trabalhador. Unem-se usuários e trabalhadores e, assim, criam novos enunciados e passam a compreender e a adquirir um discurso próprio sobre a sua condição de cidadão dentro do contexto do serviço estudado. Dessa forma, “a ‘comunidade’ (usuários/trabalhadores) se articula e se organiza para construir, ou para conseguir, os dispositivos necessários para produzir, ela mesma, os recursos de que precisa para o melhoramento das suas condições de vida, de saúde e de trabalho, configurando-se em ‘grupo sujeito’”.^{5:254}

Esse movimento instituinte ocorre no próprio seio do coletivo interessado e revela as suas reais necessidades, como a de apoiar um grupo de mulheres que também teve câncer de mama, e a enfermeira interessada cria oportunidades para que esse processo aconteça. Não é uma simples manifestação de mais uma demanda modulada pelos *experts* ou profissionais que acreditam

dizer às comunidades quais são as suas necessidades, mas é a própria comunidade que traça seu caminho e as estratégias de como percorrê-lo. Ao não coincidir com os serviços que os profissionais querem ou podem oferecer, estes movimentos podem perder força, sucumbindo ao instituído. No entanto, podem ganhar acréscimo de força por terem sido gestados e legitimados no seio do grupo de interessados, tendo, por isso, grande potencial instituinte, possibilitando a construção da autonomia e da cidadania dos demais sujeitos.

Ao ter como sujeitos da pesquisa os profissionais de enfermagem que experienciaram a situação de usuários do mesmo serviço, percebemos a possibilidade da emergência de sinergias entre ambos. Entendemos que esse processo se dê pelo fato do trabalhador perceber que, através da oferta de uma assistência de qualidade para os usuários comuns, terá também legitimidade para reivindicar melhores condições de trabalho, tanto no que se refere ao quantitativo de recursos humanos, como de materiais e equipamentos. Resulta desse processo a melhoria da assistência para si, para os seus familiares e, conseqüentemente, para os demais usuários, já que todos utilizam o mesmo serviço de saúde.

Esse outro olhar lançado para os depoimentos que aqui trazemos busca relativizar o conceito de poder que, culturalmente, se impõe na área da saúde, provocando um deslocamento no mesmo. Assim, para além do poder hierárquico e do saber instituído, temos o poder e o saber do consenso, mais horizontalizado, simétrico e solidário, conformando-se no poder legítimo.⁶ Este poder legítimo se dá entre sujeitos mais iguais, tanto nas suas necessidades como nas estratégias para mudar o instituído, visto que, aquilo que assim se apresenta, via de regra, não favorece os sujeitos mais vulneráveis nessa relação.

A mudança na situação de maneira a posicionar os sujeitos não mais como objetos nas relações em que estão inseridos, ora como trabalhadores ora como usuários, possibilita-lhes enfrentar as dificuldades no enfrentamento do saber fortemente instituído, representado, principalmente, pelo saber/poder médico. Nesse movimento esses trabalhadores usuários revelam que estão se posicionando muito mais como sujeitos instituintes do que como sujeitos instituídos.

Nessa posição mostram-se dotados de um poder que abre fissuras no instituído e o ameaça, pois traz o olhar informado de quem conhece e sabe como deve funcionar o serviço e de como as práticas em saúde devem ser desenvolvidas. Esse olhar informado

que os trabalhadores de enfermagem desenvolvem os faz diferentes de qualquer outro grupo de profissionais dentro do serviço de saúde. Ele é construído às custas da junção do saber técnico-científico, trazido pela formação e pela prática profissional, com o conhecimento dos meandros das relações humanas que se estabelecem entre as diversas equipes de profissionais e dessas para com o usuário do serviço. Também o seu profundo envolvimento empático e solidário com o ambiente, as pessoas e as situações que tomam cena no espaço hospitalar reforçam tal olhar que pode ameaçar o instituído, o organizado, representado, sobretudo, pela prática médica.

No entanto, os profissionais médicos ainda julgam deter um grande poder, visto ser parte inerente de sua prática “o internar” e o “dar alta”, assim como o diagnosticar e o prescrever o tratamento medicamentoso-cirúrgico. Essa crença também impregna culturalmente os usuários que julgam ser prática médica centralizadora e organizadora de todas as demais práticas na área da saúde, estando, supostamente, na mais alta hierarquia dos saberes em saúde.

A prática médica funciona, culturalmente, como uma instituição objetivada,⁴ sedimentada, pois está explicitada em discursos que expressam, rígida e exclusivamente, a vontade do instituído/organizado e se apresenta como um saber universal que faz tudo para manter os indivíduos vivos, aplacando suas dores físicas e curando suas doenças. Ao acreditar que curar o corpo doente é a finalidade primeira da sua prática, a medicina deixou de se interessar pelo sujeito que adoce e focalizou seu olhar na doença instalada. Perdeu, assim, a dimensão do sujeito, da sua integralidade e das suas múltiplas necessidades em saúde, levando a uma perda paulatina de seu poder e legitimidade, e já começa a ter sua prática contestada pelos usuários que, em número ainda discreto, mas crescente, vêm se organizando em prol das boas práticas em saúde.

Mas, se a Medicina ainda tem uma forte capacidade de exercer controle social sobre a maioria das pessoas com seu papel de árbitro e seu discurso competente sobre temas ligados à vida e doença, já se percebe, no entanto, um distanciamento crescente de seus agentes em relação aos usuários concretos, dependentes de seus cuidados, revelado por “[...] alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da seqüência automática de procedimentos”.^{7:63}

Já a enfermagem parece caminhar em sentido inverso, ou seja, vem demonstrando maior interesse por uma escuta atenta e uma flexibilidade crescente nas suas práticas cotidianas em saúde. Apontando nessa direção vemos os sujeitos da pesquisa revelando um vivo dinamismo, pois, como relata uma das entrevistadas: *hoje tem o pessoal do Ministério que está aqui no serviço e quando eu cheguei lá na clínica a mãe falou assim pra mim: ‘Enfermeira, o pessoal do Ministério esteve aqui entrevistando a gente’. Falei: ‘e aí como é que foi a entrevista?’ Ela respondeu: ‘eu falei que este hospital é o melhor de Cuiabá, que a comida aqui é boa, que as pessoas atendem a gente muito bem, como ser humano’. Eu respondi para a mãe: ‘ah é? Que legal, então muito obrigado’. Ela disse: ‘não perguntaram da enfermagem, senão eu tinha algumas coisas pra falar’. Eu perguntei: ‘e daí, o que você ia falar, ia detonar a enfermagem?’ Não, ia falar que é a melhor enfermagem do mundo’. Então, não é só opinião nossa, a gente tem a opinião do usuário, né? Eles falam ainda que o nosso serviço é o melhor. Nós ainda temos aquela coisa de preocupar não só com o paciente, mas preocupar com a família dele que está aí, né? ‘Ah! A senhora já comeu, dona fulana?’ Pergunta da família e não sei o que mais, né? A gente tem essa preocupação, acho que isso ainda é uma coisa boa nossa, faz a diferença. Pouquinha coisa, mas que faz a diferença (GF2/2).*

Pressupúnhamos no início da pesquisa que o organizado, aparentemente muito arraigado no meio hospitalar, não permitiria a emergência de um organizante. Mas, na verdade, o que pudemos constatar no local do estudo, é o surgimento de uma crise profunda no instituído, desencadeada pela constante recusa das práticas ditas hegemônicas em se modificar, se transformar e qualificar as suas ações concretas e cotidianas no assistir em saúde, de maneira a oferecer condições que propiciem maior autonomia ao usuário e, com isso, maior prazer e satisfação no dia-a-dia do difícil trabalho em saúde.

Qualificar os usuários através de várias estratégias, dentre elas a de propiciar o conhecimento e reflexão sobre os seus direitos com cidadão para, assim, reivindicá-los mais ativamente, pode promover ainda mais fissuras nas práticas e também nas atitudes dos profissionais desta área. É importante lembrar que o instituído sobrevive conservando estados já transformados, o que o faz sempre mais resistente a mudanças e altamente conservador, ou seja, reitera o conhecido, o poder hierarquizado e é resistente ao novo, de tal forma que se reproduz a partir de si mesmo. Mas, em algum momento, esse instituído é cercado e sufocado por todos os lados dando, assim, lugar ao novo, ao emergente e ao instituinte.⁴

Nós, profissionais de saúde, somos descritos, com relativa frequência, como historicamente conservadores, ou seja, contribuímos para a permanência do organizado e freamos a emergência do organizante. No entanto, percebemos uma mudança nessa cultura no serviço de saúde estudado, particularmente entre os trabalhadores de enfermagem, evidenciada por discussões e questionamentos por parte desses trabalhadores tanto sobre seus direitos como dos usuários. Percebemos nesses sujeitos aliados importantes para a formação de sinergias que possam ampliar a busca por melhores condições de vida e saúde, tanto para si como para os usuários do serviço.

Embora sendo, a medicina e a enfermagem, hierarquicamente simétricas, a prática médica tende a ordenar o ritmo do trabalho no hospital, uma vez que são esses profissionais que internam, que solicitam toda a propedêutica, que dão alta aos que estão internados. A enfermagem, por sua vez, vem provocando algumas fissuras nessa hierarquia culturalmente firmada entre essas duas práticas, como revela uma entrevista ao se referir a uma discussão entre ela e uma profissional médica da clínica pediátrica: *eu acho que a enfermagem teve uma grande perda, o enfermeiro que trabalhava aqui antes, ele tinha, assim, um certo respeito de chegar e falar: 'eu sou da mesma qualidade que você, você é professor tanto quanto eu sou'. Até para enfrentar a Medicina, né? Então, essa autoridade se perdeu um pouco, mas na materno-infantil ainda se mantém um pouco. A gente não deixa que eles passem por cima assim, atropelando, né? Mas, por exemplo, a pediatra foi lá e falou a pediatria vai ser pintada de verde, aí eu falei: 'não, espera aí, dá licença, tem uma equipe de humanização que vai opinar também sobre as cores que vai pintar a pediatria, não é só a senhora que trabalha aqui não'. Ela disse: 'que é que você tá achando? Tá falando com quem?' 'Eu estou falando com a médica pediatra e não é só ela que vai dar opinião na cor da pediatria não. Nós vamos reunir e vamos decidir como que a gente vai pintar a pediatria'. (GF2/1).*

Percebemos claramente na posição da profissional pediatra o sujeito dominante fortemente introjetado na figura do médico, daquele que não aceita contestação sobre o 'seu poder de decidir', ainda que seja apenas a cor que será dada às paredes da clínica pediátrica. No entanto, o sujeito desejante coloca em circulação outra forma de relação, buscando apoio e legitimidade no grupo, esse "nós" que traz consigo o poder legítimo do coletivo, do consenso negociado. Fatos como esse levam o grupo tido como subalterno a construir coletivamente, com o passar do tempo, uma subjetividade desejante. Ao partir para o enfrentamento da autoridade médica há uma remarcação de territórios que

pode vir a beneficiar os que estariam na "hierarquia inferior", negando, assim, a sua própria secundaridade em relação a esse outro.

Entendemos que esse processo pode acontecer de maneiras diversas em outros espaços de trabalho, pois quanto mais forte a hierarquia de saberes no cotidiano do serviço de saúde, mais o grupo com saberes tidos como "menores" fica sujeitado e acaba se submetendo ao grupo dominante, acatando suas decisões e as executando, sem críticas abertas se não concordam. Entretanto, no grupo estudado a ruptura vem acontecendo como decorrente de um desejo intenso por ter este grupo uma outra identidade, não mais sujeitada, embora ainda haja dentre os trabalhadores de enfermagem aqueles que se revelam ainda possuidores de uma subjetividade sujeitada, reproduzindo as hierarquias na sua prática cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível exercer o poder e o domínio de muitas formas, mas, com certeza, o saber científico é uma das mais poderosas maneiras de se instituir a dominação. No entanto, ampliar os grupos interessados em problematizar o direito à saúde e a adequada condição de trabalho, dando-lhes voz e, conseqüentemente, visibilidade, é uma estratégia interessante para fazer circular um número maior de discursos e ações que podem mudar a própria concepção do que seja receber e prestar cuidados em um hospital. Tal afirmação baseia-se na compreensão de que o poder verdadeiro só pode ser construído a partir de consensos e de simetria entre os sujeitos, visto que toda relação que envida assimetria, hierarquia, mando de uns sobre outros que estão impedidos, simbólica ou explicitamente, de se manifestar, configura-se como uma relação de força e não de poder legítimo.⁸

Consideramos ainda que, ao se reconhecer como sujeito que participa da construção da qualidade do cuidado em saúde, do qual ele também quer ser beneficiário, o trabalhador de enfermagem pode alçar-se à condição de sujeito desejante, habilitado a lidar com os constrangimentos do contexto para, a partir desses limites impostos pela realidade, construir algo de que se orgulhe, dentro de um processo que é reinventado a cada dia.⁵

Essa é outra maneira de dizer que, no instituído e no organizado, estão as sementes do instituinte, pois esse processo é altamente dialético, e todas as práticas excessivamente auto-centradas e que não permitem a emergência da solidariedade, da alteridade, do com-

partilhar, negam o dever cidadão, tornando os coletivos, inclusive aquele a que pertence, um pouco mais pobres na sua aquisição de autonomia, baixando, assim, os coeficientes de cidadania de todos.

Finalizando, é possível afirmar através dos dados desta e de outras pesquisas realizadas no mesmo local deste estudo, que estamos, paulatinamente, construindo uma nova cultura profissional, apoiada sobre bases mais solidárias, que possibilitam a emergência de outros valores, novas maneiras de pensar e agir em saúde, muito mais propícios à construção da cidadania, seja do trabalhador de enfermagem seja do usuário do serviço de saúde. Dessa forma, podemos demonstrar que, se a reprodução de significados e padrões de comportamento são transmitidos pela cultura de uma sociedade e sua persistência reside no fato de serem incorporados inconscientemente por intermédio da história social e individual, traduzindo-se em *habitus*, valores e representações sociais, dialógicamente, também novos padrões de comportamento e mudanças no próprio sistema de significados podem vir a compor novos códigos culturais junto a um dado grupo de profissionais de enfermagem.³

REFERÊNCIAS

- 1 Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Cartilha de direitos do paciente do SUS [citado 2005 Ago 23]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/guia_cidadao
- 2 Pereira WR, Silva GB. *Tão longe tão perto: mulher, trabalho, afetividade e poder*. Cuiabá: Edufmat; 1999.
- 3 Vaitsman J. Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. *Cad. Saúde Pública*. 2000 Jul-Set; 16(3): 847-50.
- 4 Barenblitt G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
- 5 Campos GW. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Mehry E, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.p. 229-66.
- 6 Arendt H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
- 7 Campos GW. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 8 Bellato R, Pereira WR. Direitos e vulnerabilidades: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005 Jan-Mar; 14(1):17-24.