

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

MEL COM FEL
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ENFERMAGEM E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA CIDADANIA

Moema da Silva Borges

BRASÍLIA

2000

Moema da Silva Borges

MEL COM FEL

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ENFERMAGEM E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA A CIDADANIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, da Faculdade de Ciências da Saúde da universidade de Brasília.

Orientadora: Prof Dr DÊNIO LIMA

Docente da Faculdade de Medicina de Brasília.

**Brasília
2000**

“Aos meus pais, meus primeiros cuidadores, e a todos os cuidadores do universo, especialmente àqueles que por força de suas profissões cuidam cotidianamente da teia social.”

Agradeco

Sobretudo, a Deus, força criadora e libertatória presente em todos os seres;

Ao professor doutor Dênio Lima, que possibilitou a trajetória por mais uma etapa de minha vida acadêmica, respeitando e incentivando minha liberdade de escolhas;

À professora Doutora Angela Almeida, pelo estímulo, apoio, paciência e incentivo na concretização deste processo acadêmico;

A Professora e amiga Diana Pinho, pelas sábias sugestões que contribuíram para concretização deste trabalho;

À Luciana pelo incentivo, dedicação, apoio amigo e pelas contribuições construtivas;

A Rosilane, Creto, Jane, Célia, Socorro, Helena, Flávio, Sandro, Dirce, Elíoenai, Luíza pela participação solidária neste projeto;

A todos os profissionais dos hospitais envolvidos neste trabalho, pela colaboração decisiva e enriquecedora;

Aos meus colegas do Departamento de Enfermagem que de alguma maneira me incentivaram;

Aos meus filhos pela compreensão e carinho nesse período de ausência e distância geográfica;

As pessoas especiais como Rejane, Geni, Silvéria, e tantas outras pela amizade que, no decorrer dos últimos anos, fortaleceram em mim o sentido das palavras amizade e solidariedade;

“Enfim agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para realização desta pesquisa”.

SUMARIO

Lista de figuras

Resumo

Abstract

Introdução

PARTE I

1 - As bases históricas do trabalho da enfermagem.....	7
➤ Cuidar era preciso....e então tudo começou.....	7
➤ O Cuidado instintivo ... a igualdade.....	8
➤ Cuidado, magia e tudo continuava.....	8
➤ O cuidado no alvorecer da ciência.....	10
➤ O Cuidado no Período Monástico Medieval.....	11
➤ Cuidado na Era Pós- Monástica.....	15
➤ O Cuidado na Era Moderna.....	18
➤ O Cuidado e a Influência de Nightingale.....	22
➤ A Enfermagem no Brasil.....	26
➤ E a História se reproduz.....	26
1.2 - Gênero e Trabalho.....	34
1.3 - A Construção da Identidade.....	42

PARTE II

2 - O Caminho Metodológico.....	57
---------------------------------	----

PARTE III

3 - A Investigação Empírica.....	68
➤ As Representações Sociais da Enfermagem Hospitalar: trabalho e cidadania.....	68

> Estudo 1.....	68
➤ Significado de Enfermagem e Cidadania.....	68
➤ As enfermeiras dos hospitais do DF representando o trabalho e a cidadania - o campo comum das representações sociais.....	71
➤ As diferenciações individuais e grupais.....	76
➤ A visão assistencial dos profissionais do Hospital Público...	77
➤ A visão tecnicista dos profissionais do Hospital Escola.....	77
➤ A visão da qualidade do produto dos profissionais do Hospital Privado.....	79
➤ Representação Social do trabalho da Enfermagem: campo comum e diferenças individuais.....	80
➤ As Diferentes Inserções Institucionais Acorando As Representações Sociais da enfermagem nos Hospitais: Público, Escola e Privado.....	82
➤ Estudo 2	
➤ As Representações Sociais sobre a enfermagem e cidadania: elementos constitutivos de sua estrutura.....	99
➤ Representações dos profissionais de Hospitais Públicos acerca da enfermagem e cidadania.....	103
➤ Representações dos profissionais de Hospitais Escola acerca da enfermagem e cidadania.....	108
➤ Representações dos profissionais de Hospitais Privados acerca da enfermagem e cidadania.....	112
PARTE IV.....	119
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1	Distribuição dos Participantes por Categoria	69
Fig. 2	Campo Comum das Representações Sociais	71
Fig. 3	Resultados obtidos através da Análise Fatorial por Correspondência	76
Fig. 4	Representação Social do Trabalho da Enfermagem: campo comum das representações grupais e individuais	80
Fig. 5	Hospital Público	83
Fig. 6	Hospital Escola	87
Fig. 7	Hospital Privado	91
Fig. 8	Caracterização de Sujeitos	100
Fig. 9	Elementos Evocados frente ao termo indutor enfermagem por profissionais de Hospitais Públicos	103
Fig. 10	Elementos Evocados frente ao termo indutor cidadania por profissionais de Hospitais Públicos	106
Fig. 11	Elementos Evocados frente ao termo indutor enfermagem por profissionais de Hospitais Escola	108
Fig. 12	Elementos Evocados frente ao termo indutor cidadania por profissionais de Hospitais Escola	110
Fig. 13	Elementos Evocados frente ao termo indutor enfermagem por profissionais de Hospitais Privados	112
Fig. 14	Elementos Evocados frente ao termo indutor cidadania por profissionais de Hospitais Privados	113

Resumo

O presente estudo tem por objetivo conhecer as representações sociais de trabalhadores de enfermagem, que exercem suas atividades no âmbito hospitalar do Distrito Federal, acerca do seu trabalho, e foi desenvolvido com grupos de profissionais oriundos de três tipos diferentes de instituições: a) vínculo público; b) hospitais privados; c) hospital escola.

Para identificarmos a estrutura e conteúdo das representações, recorremos a dois estudos. No primeiro, trabalhamos com a entrevista semi-estruturada e, no segundo, empregamos a técnica de livre associação.

Os resultados do estudo preliminar revelam que os profissionais identificam o cuidado como seu objeto de trabalho, porém, este assume características diferentes, alinhando-se com a missão institucional em que o profissional está inserido. Sendo assim, nas instituições públicas, o cuidado apresenta-se em uma dimensão assistencialista; no hospital escola, ele é visto sob uma ótica tecnicista; enquanto que, nos hospitais privados, apresenta-se como produto do trabalho. Vale também destacar que os três grupos referem exclusão no mundo do trabalho, percebida como discriminação no acesso ao aperfeiçoamento e/ou status social, advinda, por sua vez, da estratificação social do trabalho.

No último estudo, os resultados denotam que as representações dos três grupos de profissionais giram em torno de núcleos centrais que expressam, basicamente, o vínculo religioso e vocacional do trabalho da enfermagem, com perpetuação das relações de gênero.

Sendo assim, os resultados nos permitem dizer que os profissionais de enfermagem, que exercem suas atividades no âmbito hospitalar do DF, não possuem clarificação sobre os cuidados, realizando-os destituídos de seu valor maior, ou seja, o empoderamento de quem cuida e de quem é cuidado. Além disso, a identificação da profissão como um sacerdócio contribui, ainda, para o delineamento de uma profissão sem identidade e valor social, o que dificulta o exercício pleno da cidadania de seus profissionais.

Abstract

The purpose of the present study was to apprehend the social representations, their content and structure, of hospital nursing personnel in the Federal District and their implications to the exercise of citizenship. Two studies were carried out, simultaneously, during a period of five months. In the first one, done with a group of 30 nursing personnel from three different settings - public hospitals, private hospitals, university hospital - unstructured interviews was used aiming to identify the content of their representations, particularly in relation to their work.. The results of study 1 indicate that the workers interviewed identify nursing care as the object of their work, however this assumes different characteristics in each of the groups, according to the type of institution in which the professional is inserted. Thus, in the public institutions care has a helping dimension, in the university hospital care is seen from a technical perspective, whereas in the private hospital, care is presented as the product of work. The three groups expressed feelings of exclusion in their work place, perceived as discrimination in the access to qualification and/or the social status imposed by the social stratification of labor. In the second study, we worked with the same institutions as in the first but with a greater number of subjects (135) and the use of the free association technique. The purpose of the second study was to identify the structure of the representations concerning nursing practice and their relationship to citizenship. The findings denote that all three groups of professionals have representations that evolve around central themes which express, basically, ties to religious and vocational aspects of the profession, with perpetuation of gender relations. We identified, as well, that the participants share the same conception about citizenship. Thus, we concluded that nursing personnel who work in the hospitals of the Federal District lack clarification about the care they provide, carrying out their activities without awareness of their greater value, which is the empowerment of the care provider and of the one who receives the care. The identification of the profession as a ministry contributes to the delineation of a practice with no identity, barred from the full exercise of its citizenship.



“ Se você veio para me ajudar, pode tomar o caminho de volta. Mas se crê na minha luta como parte de sua sobrevivência, então, talvez possamos trabalhar juntos ”.

Aborígene Australiano

“ Vale a pena lembrar que o futuro está em aberto e que mudanças são construídas cotidianamente ”.

Mário Testa

Introdução

O lugar de quem olha...

Com a seguinte reflexão, Boff (1998:9), em *A Águia e a Galinha*, sugere a responsabilidade do leitor ao interpretar uma determinada obra.

Todo ponto de vista é a vista de um ponto. A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem convive, que experiências tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam.

Sempre tive em mente ao escrever este trabalho, apesar do rigor do método científico, cada pesquisador é também co-autor do resultado de sua pesquisa, pois não pode se furtar de interpretar os dados a partir do mundo que habita. Negar esse fato é negar a complexidade do sujeito e da vida.

O que chamamos de realidade nada mais é que a percepção do mundo em que vivemos, a partir de como o vemos, tratamos, e percebemos as coisas, a partir de nossas premissas, teorias, e também de como nos inserimos nele.

Thiollent (1985) considera que a atividade científica não pode ser vista como templo sagrado, pois ela é uma atividade humana e social. Como qualquer outra, ela está impregnada de ideologias, de juízos de valor, de argumentos, de dogmatismos ingênuos.

Retornando pelo "túnel do tempo", localizo o desejo inicial da construção do objeto deste estudo. O que me movia na ocasião era a necessidade de compreender por que, apesar de tão importante, o trabalho da enfermagem não recebia a devida valorização e, ainda, saber se o trabalho de enfermagem era fruto de pura vocação.

Seus profissionais expressavam constantemente queixas de menos valia e sentimentos ambíguos de prazer e dor.

Um outro aspecto que sempre busquei compreender era por que ser *profissional de enfermagem* trazia no arcabouço da formação profissional tantas regras, conceitos de moral e rigor de práticas assépticas? Percebia que em tudo o que se passava era como se estivéssemos sendo preparadas para lidar com máquinas e, não, com pessoas. E, ainda pior, como se não fôssemos pessoas também.

Vale ressaltar que em minha trajetória profissional participei como protagonista nos papéis da extinta figura do atendente de enfermagem, também como o atual auxiliar e, finalmente, no papel de enfermeira. Posuo as informações privilegiadas de ter olhado e vivenciado a profissão de vários palcos.

Ainda como acadêmica de enfermagem, percebia as relações de desconforto que se traduziam em constantes queixas de menos valia, insatisfações de todas as ordens. Imaginava que, com certeza, eu as compreenderia melhor na medida em que adquirisse maior experiência e fraquejo nas relações que perpassavam o fazer da enfermagem.

Contudo, apreendo hoje os mesmos desconfortos anteriormente sentidos. Converso com colegas no hospital e tudo se repete. Enfermeiras¹ e auxiliares de enfermagem mantêm o mesmo discurso: misto de prazer pelas conquistas, sofrimento e derrotas. Detecto que, apesar do conflito constante a que se submete o pessoal da enfermagem, a equipe continua não apontando soluções factíveis e de eficácia para reduzir o sofrimento no universo do seu trabalho. Por que, apesar da clareza da questão, os profissionais não conseguem estabelecer um norte de ação ? Nada mudou?

¹ Utilizo a denominação enfermeira, ou seja, a declinação semântica da palavra no feminino para designar a categoria compreendida por profissionais de ambos os sexos que durante sua prática laboral assumem os papéis sociais relacionados ao gênero feminino.

O tempo passou e, nesse ínterim, descobri que meu principal talento é o de *cuidar*. Tanto tempo vivido e percebo-me hoje buscando as respostas para as mesmas questões.

Não compreendi minha categoria, desconheço minha real identidade profissional. Mantenho o desejo de desvendar o que ainda se apresenta como mistério para mim. E busco responder a seguinte pergunta: Por que *ser profissional de enfermagem* implica em realizar práticas que o levam a provar o doce do mel e os amargores do fel? Será essa realidade fruto da não identidade e de sua relação com a prática cidadã?

O que me proponho neste estudo é olhar o mundo do profissional da enfermagem, buscando detectar onde ele coloca seus pés e como pensa sua cabeça. Perceber as relações entre o andar e o pensar desse ser social para compreender sua prática, na qual o cuidar, apesar de não ser privilégio da enfermagem, é seu objeto. Cuidar que está associado a valores, tais como: solidariedade, compaixão, submissão, docilidade; que, no mundo de hoje, estão associados ao feminino, trazendo em seu bojo as relações de gênero com implicações para a prática cidadã.

Falamos de um universo feminino que se insere em um espaço social de competição permeado por dominação e expansão de racionalidade, indicadores atribuídos ao mundo masculino. Percebo que esse universo profissional, cujo contigente é essencialmente feminino, apresenta valores determinados pelo capitalismo, tal como a divisão social do trabalho, e incorpora em seu bojo as lutas e conquistas da mulher nesse contexto sócio-cultural de final de século.

Em virtude das características do estudo, isto é, profissionais de enfermagem que exercem suas atividades em vários níveis de intervenção à saúde, de natureza administrativa, assistencial e docente, surgiu a necessidade de delimitar os sujeitos desta pesquisa, restringindo-o, portanto, aos profissionais de enfermagem do âmbito hospitalar do Distrito Federal.

Este estudo busca, ainda, compreender a realidade da enfermagem que atua nos hospitais e, assim, contribuir com estratégias que propiciem a reflexão dos profissionais sobre o seu lugar no mundo do trabalho hospitalar, reconhecendo a sua história profissional e detectando os meandros do processo imposto ao cidadão que está em um mundo norteado pela lógica mecanicista.

Não tenho a intenção de esgotar o assunto, sei que ele jamais será esgotado. Por mais dissecado que seja, trará sempre à baila novas nuances da realidade antes não percebida, simplesmente porque mudamos com ela. A medida que a construímos, a transformamos e a reconstruímos.

No plano prático, pretendo propiciar reflexão, compreensão, questionamentos e, finalmente, propor estratégias de ação que permitam transformar as representações da realidade de práticas de enfermagem que impedem os profissionais de desfrutar a igualdade de direitos, ou seja, sua cidadania.

Busco com este trabalho reconhecer o que é ideológico em suas representações e ações, de tal forma a desenvolver a consciência de si e para si enquanto um grupo social, produtor histórico da sociedade.

No plano teórico, pretendo, a partir da Teoria das Representações Sociais - TRS, identificar as categorias das representações da Enfermagem e, a partir de um novo olhar, resgatar a enfermagem que se insere no novo paradigma, aquele que anuncia uma nova era na interação dos seres, baseada no compartilhar em detrimento do competir.

As reflexões, leituras e experiências vivenciadas, nortearam-me na construção da hipótese do estudo, qual seja a de que *o reconhecimento que os profissionais têm de seu papel interfere na construção de sua identidade, no exercício de seu fazer como prática social e, conseqüentemente, no exercício de sua cidadania.*

Como meio de viabilizar este estudo, a TRS pareceu-me ser a melhor indicada. Ela permite apreender a visão de mundo de determinado grupo e anuncia que não

existe realidade objetiva pura, uma vez que a realidade objetiva é reapropriada e reconstruída pelos indivíduos.

Nessa perspectiva, não existe pensamento certo ou errado, o que existem são diferentes formas de conceber a realidade. As práticas grupais são determinadas por suas representações sobre determinado objeto, o que equivale dizer que a enfermagem forja suas práticas a partir do significado que tem acerca de seu próprio trabalho em relação ao trabalho realizado por outros grupos.

A TRS é tida como um sistema de antecipação que serve como guia de práticas, além de proporcionar o uso da criatividade ao pesquisador, possibilitando revelar situações do cotidiano não visíveis objetivamente. Dessa forma, essa teoria e o método das Representações Sociais amoldam-se a este estudo, pois permitirão saber: o que pensam os que pisam cotidianamente o solo da prática de enfermagem no espaço hospitalar do DF? Que ponto de vista têm de seu fazer profissional? Qual o lugar social que se percebem ocupando? Quais as suas crenças? Que esperanças os animam?

O objetivo deste estudo é analisar o mundo do trabalho da enfermagem, buscando compreender a construção da identidade desses profissionais, a inter-relação entre as suas representações e seu fazer cotidiano. Mais especificamente, pretendo conhecer as representações desses sujeitos, verificando a sua percepção do objeto de trabalho, o entendimento de seu fazer como prática social e sua concepção de cidadania.

Como pesquisadora e profissional de enfermagem, ser autora e co-autora dos resultados desta pesquisa, espero contribuir e usufruir dos benefícios que a mesma proporciona. Afinal, esse também é meu ponto de vista.

PARTE

1 As especificidades do trabalho da enfermagem

Capítulo 1 - As bases históricas do trabalho da enfermagem

Cuidar era preciso... e então tudo começou...

Haveria preservação humana se não houvesse o cuidado? Com essa pergunta penso que cuidado sempre tenha existido. Originado de uma maneira apenas instintiva, por necessidade da espécie, ou originado por um ato mais refinado do sentimento humano: o carinho.

Dessa forma, Geovanini (1995) afirma ser a enfermagem originada dos primeiros atos de cuidar. Quem de nós, na história de nossa existência, não recebeu ou prestou cuidados?

Na atualidade sabemos que o trabalho da enfermagem tem como objeto o cuidado. E foi assim durante longos períodos. Mas a enfermagem esteve também ligada ao religioso, de laços profanos ou sagrados, ou foi considerada mera extensão dos trabalhos domésticos. Vista como obrigação das tarefas femininas, com conseqüente desvalorização em um mundo patriarcal, regido pela lógica masculina e reforçada pela ciência como a grande pronunciadora de "verdades".

Foi apenas na segunda metade do século XVIII que uma mulher mudou o panorama da enfermagem. Essa mulher notável foi Florence Nightingale.

Uma contextualização histórica faz-se necessária para a compreensão do longo caminho trilhado pela enfermagem, pelo cuidado, pela mulher e pela sociedade.

O cuidado instintivo ...a igualdade

O princípio da vida é o princípio do cuidado (Collière, 1999). Para que a vida se mantivesse era preciso cuidá-la. 'Tomar conta de' é um ato de preservação da vida. Assim, durante milhares de anos, o cuidado não era percebido como um ofício, ou identificado com uma profissão. Cuidar era tarefa de qualquer ser que ajudava outro a garantir o necessário para preservar a vida, fossem de relação individual, ou grupai.

Entretanto, para (Collière,1999), a primeira identificação da prática de cuidados com a mulher se fez pela fecundidade. Para garantir a vida, era preciso tomar conta da mulher que dá à luz, das crianças, dos doentes e dos moribundos. É a mulher quem dá à luz. É no corpo, através do corpo: lugar de vida que se faz a primeira identificação do cuidado à figura feminina.

Neste enfoque será necessário vivenciar um evento para compreendê-lo de maneira empática. Segundo Collière (1999:42), para cuidar é preciso ter dado a vida: *"como seria possível tratar, isto é, comunicar uma mensagem de vida sem ter experimentação no próprio corpo todas as manifestações da vida em gestação, da vida em eclosão?"*. Pergunta-se: como poderemos cuidar, se também não nos cuidarmos?

É na linha de pensamento de positivação do "tomar conta" que Murraro (1992:26) afirma que provavelmente os primeiros hominídeos foram parceiros da grande mãe natureza".

A idéia que hoje temos deles, dos "homens das cavernas", é a de predadores brutais e cruéis, batendo-se uns aos outros com clavas e arrastando as mulheres pelos cabelos. Mas a realidade parece ter sido outra. Eles podem ter sido sociáveis e alegres, vivendo em sociedades centradas em mães e crianças Assim, para a sobrevivência da espécie, era importante que todas as fêmeas aprendessem a cuidar das crianças e que os membros de ambos os sexos repartissem os frutos da coleta ou da caça, tal como acontece

com pigmeus e bosquímanos hoje em dia, que são sociedades mais próximas desse passado distante.

Esse é também o ponto de vista das duas teorias do surgimento do homem e do planeta. A primeira é a teoria conhecida como a teoria de concepção evolucionista e, a segunda, como concepção teológica. Em ambas a mulher é quem dá origem ao atendimento das necessidades de saúde da raça humana. Na concepção evolucionista, tal argumentação é defendida por todos os historiadores e antropólogos. Na concepção teológica, também coube à primeira mulher, Eva, o cuidado para com seus filhos.

Mas, segundo Collière(1999), não apenas a mulher cuidava. O homem também participava, compartilhava responsabilidades. A eles era dada a tarefa de preservação, a eles cabia remediar a morte. O cuidado a eles reservado era o acidente de caça ou de pesca e a guerra. Conseqüência de ter que dar a morte para sobreviver. O corpo ferido é, e continuará a ser, predominantemente, assunto dos homens, incitando-os a desenvolver uma tecnologia cada vez mais precisa que, no futuro, será dos ferreiros, dos barbeiros, dos cirurgiões.

Assim a história e os relatos apontam que a prática de cuidados inicia-se com a vida, e está intimamente relacionada ao "cuidar da Enfermagem", que é originada nas sociedades primitivas.

Cuidado, magia e tudo continua...

Sr

Com as práticas de cuidado estabelecidas por uma relação de vida, vão também se engendrando uma relação de simbolismos, magia e ritos com o cuidado.

Na antigüidade, os ciclos da vida eram acompanhados de uma visão mágica, dada pelo desconhecimento dos fatores geradores da vida, e de uma forte ligação com a natureza. Assim, alicerçados nos ciclos naturais da vida, da noite, do dia, da lua, das

marés, das estrelas, as práticas de cuidado estiveram ligadas à mística primitiva e religiosa.

Segundo Geovanini(1995), esse período compreende a fase do empirismo, verificada antes do surgimento da especulação filosófica que ocorre por volta do século V a.C. Essa fase caracteriza-se por uma forte visão orgânica do universo, período em que a humanidade desejava conhecer a natureza, não para submetê-la, mas para, num contato onde a harmonia era a tônica, compreendê-la e sobreviver, já que não havia nenhum conhecimento dos fenômenos como: terremotos, más colheitas, grandes chuvas etc.

Os povos imaginavam que todos os fenômenos naturais estavam relacionados a atitudes do símbolo do bem ou do mal, derivadas do comportamento individual, ou social.

A religião era vista como meio de suprir as necessidades individuais de um povo que almejava a saúde material e a salvação de espírito, onde os sacerdotes eram tidos como os homens dotados do poder de ler os desígnios dos deuses .

Assim, a prática de cuidados associava-se à prática religiosa, numa luta de milagres e encantamentos contra os demônios causadores dos males do corpo e do espírito.

O cuidado no alvorecer da ciência...

A prática de cuidados, envolta na atmosfera do místico e religioso, evolui para uma nova fase onde o conhecimento da natureza e o pensamento lógico se fazem necessários.

Esse período é considerado pela medicina grega como período hipocrático, com destaque para Hipócrates, discípulo de Sócrates, e outros filósofos da época. Segundo os historiadores foi ele que propôs uma nova concepção para a prática de

saúde, associando a arte de curar mística a princípios de inspeção e cuidadosa observação dos indivíduos.

Segundo Gleisser(1999:63), por trás dessas idéias havia

um ambicioso plano social desenhado para liberar a humanidade do medo e da superstição causadas pela crença nos deuses e no sobrenatural. É esse tipo de atitude que torna possível o desenvolvimento da ciência. Para que o discurso científico tenha uma natureza universal, é fundamental que ele não dependa de nenhuma crença religiosa ou interpretação subjetiva.

Dessa forma, as práticas de cuidado têm suas origens em torno da fecundidade, visando perpetuar a fertilidade e a vida, e com forte vinculação religiosa. Tais práticas contribuem para estabelecimento da relação entre a figura feminina com credos e ritos, feiticeiras, sacerdotes.

Nessa perspectiva, já se buscavam outras formas de geração do pensamento, com privilégio para do pensamento lógico. O mundo feminino começava a enfrentar altos e baixos de poder.

Não há caracterização nítida da prática de Enfermagem nesta época. Cuidar dos doentes era tarefa praticada por feiticeiros, sacerdotes e mulheres naturalmente dotados de aptidão e que possuíam conhecimentos rudimentares sobre ervas e preparo de remédios.(Geovanini, 1995:9)

0 Cuidado no Período Monástico Medieval...

Embora o advento do pensamento lógico tenha trazido avanços, a humanidade foi assolada pelas epidemias de sífilis, lepra, flagelos que paralisaram a vida social e política do Estado, além de seguidos terremotos e inundações, reforçando as credices

e superstições do povo. A necessidade de auxílio e alento aos sofrimentos, associado à sensibilidade mística do povo, encontra então apoio e expressão na religião cristã que começa a progredir.

Apesar das restrições, o misticismo e o culto a Cristo volta a predominar

O maior exemplo para o mundo é a vida de Jesus. Em sua curta trajetória, Jesus, filho de Deus e salvador do mundo, é um perfeito ser de cuidado humano, um restaurador (healer) de almas e corpos. Parece claro, por meio dos vários registros na história que, principalmente depois de Cristo, o cuidado humano torna-se mais visível. A compaixão, a misericórdia, a humildade, o amor são, entre outros, os elementos que lhe representam. Isso, no entanto, representou uma ameaça para muitas civilizações e para os líderes que perseguiam os cristãos como consequência, assim como tornou-se desde civilizações primárias até recentemente, por vezes, sinal de fraqueza, docilidade, de feminilidade. Waldow (1999:25).

As bases dos ensinamentos de Cristo recomendavam às pessoas amar e cuidar do próximo como a si mesmos. Os preceitos de Cristo, colocaram o homem e a mulher em igualdade; e a antiga igreja fez ambos diáconos, com poder igual.

As ordens monásticas se desenvolveram durante esse período de forma satisfatória. Por meio delas, jovens homens e mulheres eram capazes de seguir carreira de sua escolha enquanto viviam uma vida cristã. A moral e a conduta eram mantidas como regras rígidas impostas a esses jovens. O cuidado desenvolvia-se com fortes amarras religiosas e atreladas a uma disciplina severa.

Uma das mais antigas organizações de homens em enfermagem, a irmandade Parabolini, foi estabelecida nessa época. Durante esse período (aproximadamente 50 a 800 d.C), surgiram os primeiros hospitais. Sobressaem o nosocômio fundado por São Basílio (369 a 372), em Cesária, na Capadócia, e um grande hospital construído

por Fabíola (380 a 400), em Roma. Os "Hôtels de Dieu", construídos na França , no século IV, são citados como precursores do progresso na assistência hospitalar da época.

Os hospitais eram regidos pelo paradigma de caráter religioso. As pessoas que nele trabalhavam buscavam a salvação da alma, tanto dos enfermos, quanto das suas próprias almas.

Sabe-se que o hospital nessa época não tinha as características de um ambiente terapêutico. A medicina era uma prática não hospitalar e o ensino desses ambientes era centrado em conhecimentos empíricos. As atividades eram centradas no fazer puramente manual e os conhecimentos transmitidos através de práticas vivenciadas no próprio corpo. Dessa forma, predominaram as ações de saúde caseiras e populares com forte conotação mística, sob a indução dos sentimentos de amor ao próximo e de caridade cristã.

foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram, aos poucos, legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos deste tipo vieram consolidar-se como herança dessa época remota, dando à Enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio. Geovanini (1995:11),grifos nossos

Nessa fase, a literatura relata prenúncios do movimento de profissionalização médica, que na idade média não contradiz a doutrina da Igreja e é exclusividade de homens dessa instituição.

Todo conhecimento advindo das mulheres é relegado, e qualquer uma que dispensasse cuidados, sem ter feito estudos médicos, seria declarada feiticeira e deveria morrer. Vale ressaltar que, no entanto, durante anos, o único médico do povo foi a feiticeira. E, quanto mais essas mulheres se tornavam peritas, menos dependiam

do poder da Igreja e de Deus. Assim, mesmo quando seus cuidados eram eficazes, tais habilidades eram consideradas interferência maldita no plano de Deus, pois, segundo a moral oficial, só podiam vir da intervenção do demônio.

Collière (1999) afirma que, durante quatro séculos de repressão sem tréguas, com o apogeu nos séculos XVI e XVII, venceram aparentemente a "lepra demoníaca". A feitiçaria popular, isto é, aquela que dominava o conhecimento de um conjunto de práticas herdadas dos pagãos, não estava, no entanto, morta, como não estavam as práticas de cuidados oriundas de experiências seculares, adquiridas pelas mulheres que, apesar da condenação e difamação em que incorriam, continuavam a comunicar-se umas com as outras de forma escondida e subterrâneas. Assim, essas práticas persistem, sendo de fato utilizadas até os nossos dias no meio rural.

A caça às bruxas era descrita e poderia ser desencadeada como qualquer manifestação de elaboração de receitas e adivinhações que não estivessem de acordo com os preceitos da Santa Inquisição.

Nesse movimento não foram poupados qualquer indivíduo que utilizasse o poder mágico. Porém, as mulheres, por serem consideradas impuras, seriam alvo de mais de 80% de condenações à morte na fogueira. O alvo preferencialmente eram as mais velhas, sem dúvida no desejo insano de exterminar o saber das depositárias privilegiadas das crenças populares.

Nesse contexto de proibição de cuidados com a vida pelas mulheres, paralelamente ia sendo engendrada pela sociedade uma nova imagem de mulher, em substituição à imagem da bruxa.

Essa nova ideologia que formou a nova mulher começou com a fabricação de várias características que, a partir daí, seriam os princípios da nova feminilidade, o culto da domesticidade, a fabricação da infância, a criação do amor materno, o pedestal feminino e, finalmente, a inauguração do amor romântico. Murraro (1992:21)

Apesar das perseguições, as práticas do parto e os cuidados aos recém-nascidos se mantêm "domínio reservado das mulheres", pois, apesar dos progressos da obstetrícia teórica, os cuidados às mulheres paridas escapavam massivamente aos médicos, que sempre excluíram as parteiras das escolas de medicina.

O cuidado na era pós-monástica.

Quando se inicia o período de decadência do regime feudal, nas quimeras do século XIV, a visão anterior do mundo começa a sofrer abalos. O comportamento dos clérigos começa a ser questionado pelo reconhecimento de que eles não representavam, em verdade, o exemplo de virtude cuja imagem vendiam.

Lutero provoca revoltas que culminam no rompimento com o cristianismo e o surgimento de uma nova religião. Os astrônomos descobrem que o homem não é o centro do universo.

O homem fica perplexo, não podendo mais atribuir a Deus, ou ao diabo, a complexidade do viver cotidiano, necessitando de uma nova definição do mundo de Deus e da sua relação com ambos. Surge a nova religião protestante, que se posiciona pela liberdade religiosa, mas que não garante nenhuma liberdade às mulheres. O mundo começa a ser posto em questão.

É com a Contra-Reforma que se multiplicam numerosas congregações e associações civis de espírito religioso, como as hospitaleiras (1504). No entanto, a obrigação da clausura impossibilitava o atendimento aos doentes em suas casas.

Em 1610, Francisco de Sales tentou fundar uma congregação sem clausura; as visitandines (aproximação com enfermeiras visitadoras). Mas é apenas em 1633 que Vicente de Paulo decide que suas filhas não prestarão votos como religiosas.

Livres da clausura, desenha-se um panorama diferente do modelo monástico. A doutrina cristã penetra no meio rural e nos bairros populares através das mulheres

consagradas não sujeitas à clausura. Por terem suas origens naquele ambiente, tomam-se dignas de confiança e desenvolvem uma grande rede de influências através de suas atividades de professoras e prestadoras de cuidados.

Nessa perspectiva, as práticas de cuidados até então enclausuradas, encontram agora espaço livre e vão, aos poucos, passando das mãos dos cléricos para as mãos dos leigos.

A ciência tradicional vai aos poucos dando lugar à expansão da nova ciência. Sofrem a influência do afrouxamento dos laços que uniam a filosofia e a teologia, que, por sua vez, também são influenciadas pela expansão econômica, especialmente a mudança do eixo econômico do mediterrâneo para o Atlântico.

Na Renascença, fundam-se as primeiras universidades, e as ciências tornam-se quase que totalmente uma atividade leiga.

A medicina institui-se, então, numa poderosa aliança com a Igreja e se firma como profissão a partir da exigência de formação universitária para o seu exercício e o amparo das leis e estatutos vigorosos. Entretanto, as práticas de saúde relacionadas aos cuidados hospitalares ficam ainda restritos às mulheres religiosas com voto de obrigatoriedade de clausura.

Collière (1999:65) afirma que *"ao adotar-se este modelo de identificação, a prática de cuidados baseia-se, essencialmente, em valores religiosos e morais que definem o papel e o lugar da mulher na sociedade, a sua submissão a Deus, e aos homens da igreja, seus representantes."*

O foco dos cuidados dessas mulheres era o corpo glorioso,(entendido na dimensão religiosa como a alma) e, não, o corpo concreto (entendido na dimensão física como expressão do indivíduo em sua totalidade). Dissocia-se o corpo do espírito. A prática de cuidados se volta para os pobres, humildes, indigentes, necessitados de misericórdia; enfim para os corpos sofredores, miseráveis, atingidos por males.

Por outro lado, o silêncio dos corpos, dos afetos, da vida das mulheres cuidadoras é valorizado socialmente por suas virtudes cristãs. Esse modelo será

reproduzido e integrado à representação da enfermeira, cuja satisfação deve ser a realização de suas tarefas profissionais e morais, e será traduzida como dedicação.

Nesse contexto, os hospitais transformam-se em depósito de doentes, onde toda espécie de gente socialmente excluída coabita as mesmas dependências. Adultos e crianças doentes, ladrões, loucos, prostitutas e excluídos de toda sorte. Quando, posteriormente, a sociedade passa por movimentos de convulsão social da reforma luterana, alguns hospitais são fechados, as religiosas expulsas e o cuidado com os doentes entregues nas mãos de mulheres de "moral duvidosa".

Com a reforma, um novo papel é atribuído à mulher. A igreja protestante, que discursava por uma liberdade religiosa e de pensamento, não defendia a mesma postura para as mulheres, que não tinham garantia de liberdade. Elas passam a ser reverenciadas pela Igreja e são encorajadas a fazer caridade, porém, permanecem subordinadas aos homens.

Tendo seu papel limitado pelas atribuições do lar, cuidar das crianças e da casa, o trabalho nos hospitais não atraía as mulheres de berço elevado. Tal tipo de cuidado foi, então, relegado a mulheres "incomuns", que pertenciam a um grupo de prisioneiras, prostitutas e eram obrigadas a trabalhar no serviço doméstico. E, embora os cuidados com os doentes fossem considerados um serviço doméstico, não eram contudo um serviço desejável. O pagamento era insatisfatório, as horas de trabalho eram longas e o serviço era estressante.

Segundo Ellis e Hartley (1998:32) "*A enfermeira era considerada a mais subalterna das serventes*". Assim começaram o que pode ser chamado de "Anos Negros da Enfermagem."

Charles Dickens (1936) descreve em seu livro *Martin Chuzzlewit* a imagem da enfermeira da época através das personagens Sairey Gamp e Betsy Prig. A primeira é representada como uma mulher velha e gorda, de voz rouca e olho supurado , além de seu hábito constante de bebida. A segunda, como uma mulher de aparência masculinizada.

As condições políticas, o baixo nível de qualidade das práticas de saúde e a posição considerada inferior da mulher na sociedade contribuíram para o desprestígio da enfermagem durante o período compreendido entre os séculos XVI e XVII, caracterizando sua fase de decadência.

Destarte, a conquista de espaço alcançada pelas mulheres no meio rural, com a reforma, transforma-se em fase tempestuosa que significou uma grave crise para a Enfermagem, caracterizada pelo que passou a ser conhecida com os anos negros da enfermagem.

Geovanini (1995:14) relata que *"Só no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram principalmente de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais."*

0 Cuidado na Era Moderna

O modo de produção capitalista vem impor ao então, sistema de produção, centrado na terra, o sistema de meios de produção de mercadorias. Já se constituíam as fabriquetas de fundo de quintal

Era nesse momento que iniciava-se a organização de linha de montagem, administrando os artesãos que trabalhavam em casa e aumentando, assim, a produção.

Porém, a grande mudança na história dos homens se faz com a invenção da máquina a vapor, quando os operários da linha de montagem são substituídos por novas invenções de máquinas, das quais eles não serão mais peças principais. Começa nesse momento a se delinear a mudança da relação do homem com o trabalho, com o meio ambiente e consigo mesmo.

Os séculos XVI e XVII são conhecidos como a idade da revolução científica e industrial e caracteriza-se pela substituição da visão orgânica do universo pela visão

do mundo como máquina. Este que já passava por transformações, as vêem completadas no século XVIII com as idéias de Descartes e Newton.

A concepção do universo como máquina influencia as ciências sociais, físicas e biológicas. A industrialização influencia correntes filosóficas, científicas, culturais e religiosas, que, por sua vez, propiciam a Revolução Francesa (1789-1799).

Esse fato histórico é a tentativa da implantação de um sistema político baseado no nacionalismo, no individualismo econômico e no princípio da soberania das massas contra o despotismo das monarquias de poder absoluto. Tal revolução inaugura a idéia de cidadania, de igualdade de direitos. O que não se pode deixar de destacar é o fato de que esses princípios porém, a exemplo do ocorrido na Reforma, não se estenderiam às mulheres.

Uma outra revolução, a Revolução Industrial, também desconsiderava os direitos de mulheres e homens vistos pela ótica de trabalhadores. Na época, eram obrigatórias jornadas de trabalho de até 16 horas diárias, em situações insalubres e sub-humanas. Mulheres, inclusive as grávidas, e crianças eram exploradas.

Nesse contexto, as condições de saúde deterioram-se, a doença torna-se um obstáculo à força produtiva do trabalhador e epidemias assolam a população produtora de riqueza da Inglaterra do século XIX.

A doença então passa a ser um grande impeditivo para a produção de riquezas. O Estado, em virtude disso, cria uma nova legislação, sobre a qual Singer et al (1978), apud Melo,(1993:37),afirmam:

Ter por fim limitar a exploração do trabalho, proteger os membros mais fracos da classe operária- mulheres e crianças - e garantir a continuidade do fornecimento da força de trabalho. Dentro desse contexto, torna-se claro que a reprodução do capital que passou a "necessitar" de serviços de saúde verdadeiramente eficazes. O seu papel passou a ser - pois não o era antes - o de garantir a reprodução da capacidade de trabalho.

Nesse sentido, o Estado assume o controle da assistência à saúde como forma de garantia da capacidade do trabalho dos operários e com a finalidade de manutenção da força trabalhadora produtiva, a fim de manter sua subsistência e, conseqüentemente, sua riqueza. Nesta idéia está embutida a dominação de uma classe poderosa sobre uma que pode menos. Inicia-se a manutenção da hegemonia e da relação de dominação/ subordinação entre as classes.

Assim, inicia-se uma ampla gama de dominações que ultrapassam as fronteiras do modo de produção, apesar de incluí-las. Em virtude do controle da vida, agora garantida por uma legislação, acontece uma fragmentação dessa mesma vida, que se estilhaça em mil pedaços.

O trabalho era separado do produto deste trabalho, o privado era separado do público, o pai dos filhos e da mulher, a infância da vida adulta, a mulher pública da privada etc. Dentro de cada um a vontade se separa das emoções, o corpo da mente, a sexualidade do afeto, e as partes do corpo entre si. Murraro (1992:131)

*

Partindo da fragmentação, a partir do século XIX, a medicina inaugura um glorioso período em sua história. Birman (1994) assinala que a razão iluminista, que engloba o modelo capitalista de produção, vai justificar o deslocamento simbólico dos discursos da magia e da religião para o discurso da ciência.

Tal deslocamento facilita a substituição do antigo ideal de salvação pelo moderno ideal de cura, e, ainda, instituindo o "valor" da saúde, que passa a se destacar então como indicador maior de felicidade humana.

Esta, por sua vez, passa a ser entendida como força de produção de trabalho, sendo intermediada pela ciência e pela técnica. O homem que antes era regido pela

ética do fazer o bem para conseguir a salvação eterna, passa a buscar a saúde para manter a sua força produtiva de trabalho, para prover a subsistência na terra.

A medicina torna-se instrumento da manutenção da força de trabalho, fortalecendo também o poder econômico através do consumo de equipamentos e remédios, que geram lucro. Dessa forma, a saúde passa a ser também um bem de consumo.

Um novo discurso de dominação vem embutido na mudança do conceito de valor da saúde. Esse movimento trouxe consigo a perda da individualidade e sensações corpóreas. A partir de então, o homem deixou de ser o dono de seu corpo e de suas sensações. Apenas a medicina, com seu discurso científico poderia prescrever sobre o corpo do outro. Com isso, a figura antropológica do "médico de si mesmo" (prática de auto-cuidado até então utilizada massivamente pelas sociedades, e que atravessou a história ocidental desde seus primórdios tempos) foi, na era industrial, retirada do cenário social, permanecendo inscrita apenas no imaginário das classes populares.

A era moderna é então caracterizada pela produção capitalista, que se pauta em um novo modelo científico - a Revolução Industrial - e em um novo papel do Estado, que assume o controle sobre a saúde, agora entendida como valor de produção de felicidade e bem de consumo.

No arcabouço desse contexto, uma relação de dominação se faz clara, desde a dominação de classes, passando pelas questões de gênero, até a dominação do discurso científico.

No enfoque de produção de riquezas, o espaço denominado hospital se readequa, e as práticas de cuidados seguem a reboque, sendo obrigadas a também assumir um novo caminho. A reorganização do espaço hospitalar exige uma disciplinarização social.

Foucault (1979) discorrendo sobre a transformação do espaço hospitalar, afirma que o hospital foi medicalizado para livrá-lo dos efeitos nocivos que

acarretavam a sociedade onde se incluíam também a desordem social, além dos riscos epidêmicos.

A disciplina é a tônica dessa reorganização, a qual, segundo os médicos da época, favorecia-se o controle de qualidade. Esse controle era auxiliado por uma vigilância perpétua dos indivíduos, o registro contínuo de informações, atitude reguladora que se faz necessária como estratégia de reabilitação do hospital e manutenção do *status* poder médico.

No final do século XIX, ficou claro que, sem as condições antissépticas, nutrição adequada, monitoria pré e pós-operatória e cuidados com a reabilitação, nenhum diagnóstico ou capacidade cirúrgica teria salvo vidas. Nessa tônica surge a necessidade e a possibilidade de se treinar mulheres para o trabalho assalariado, que refletia também o interesse do capitalismo na utilização da mão de obra feminina, justificado por seus baixos custos.

A reorganização do espaço hospitalar reproduz a dominação das classes que se espelha na divisão do trabalho. A caracterização na era moderna das práticas de cuidado será a reorganização do espaço hospitalar com conseqüente reabilitação da imagem da mulher que cuida. É nesse contexto que entra em cena Florence Nightingale.

0 Cuidado e a Influência de Nigtingale.

Nascida em 12 de maio de 1820, Florence Nightingale foi a segunda filha de uma família rica. Devido à alta posição econômica e social de sua família, ela era uma mulher culta. Dominava vários idiomas, a matemática e era extremamente bem informada.

A expectativa de sua família era que se casasse para assumir seu lugar na sociedade. Mas, Florence Nighingale tinha outras idéias. Queria se tornar enfermeira.

Para sua família isso era impensável. A Srta. Nightingale começou a coletar informações sobre a saúde pública e sobre os hospitais e logo se tornou uma importante autoridade no assunto.

Em 1853, começou a trabalhar em um comitê que supervisionava um estabelecimento para senhoras durante as doenças.

Quando a Guerra da Criméia explodiu, os soldados eram cuidados de forma abominável pelo Exército Inglês. Com isso, muitas perdas de cidadãos foram contabilizadas, tornando a qualidade do cuidado prestado uma prioridade para o governo Britânico.

Florence Nightingale, que então já era uma autoridade em cuidados hospitalares, recebeu um convite do governo inglês para organizar o cuidado de seus cidadãos. Para isso, ela recrutou senhoritas da sociedade inglesa embarcando com um grupo de 38 enfermeiras para a Criméia.

Suas conquistas foram impressionantes e, em 1907, foi reconhecida pela Rainha da Inglaterra, que a condecorou com a Ordem de Mérito.

Após retornar da Guerra, dedicou seus esforços para a criação de uma escola de enfermagem no *St. Thomas' Hospital*, em Londres. Os princípios básicos nos quais a Srta. Nightingale fundou sua escola incluíam:

- seleção cuidadosa de moças de boa moral, que residiriam em casas de enfermeiras, estas últimas responsáveis por moldar e formar a disciplina e o caráter das novas recrutadas;
- ser treinadas em hospitais associados com escolas médicas organizados para esse propósito;
- a matrona da escola deveria ter autoridade final sobre o currículo, o dia-a-dia e outros aspectos da escola;
- o currículo deveria incluir material teórico e experiências práticas.

Florence Nightingale ainda escreveu sobre hospitais, sanitização, saúde e estatística de saúde e, especialmente, sobre enfermagem e ensino de enfermagem.

Para ela, a enfermagem era originada nos cuidados com a vida. Ressaltava a preocupação com o meio ambiente sadio, habitações higiênicas e a educação de mulheres e crianças. Entendia a intervenção do cuidado na dimensão da interação humana, na qual, tanto as tensões biofísicas, quanto tensões psicossociais, eram percebidas.

Florence delimitou o território da enfermagem em relação à medicina, recorrendo à seguinte concepção:

quando a função de um órgão acha-se impedida, a medicina ajuda a natureza a remover a obstrução e nada mais além disso, enquanto a enfermagem mantém a pessoa nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa atuar sobre ela. (Lima, 1992:25)

Essa concepção ressalta a importância que a fundadora da enfermagem moderna atribuía à profissão como promotora da vida, a qual está em perfeito alinhamento com a abordagem holística de saúde.

Tal abordagem é traduzida por vários autores como referência a sistemas individuais e, ao mesmo tempo, interativos; denota intrincadas relações e implicações entre o corpo físico e a mente imaterial.

A abordagem holística baseia-se no casamento perfeito entre o moderno conceito de saúde do corpo e a harmonia espiritual, que engloba a mente como fator determinante no processo de cura. Florence institucionalizou e difundiu a enfermagem como profissão no mundo inteiro.

Apesar da importante influência, a precursora da Enfermagem, na atualidade, tem sofrido várias críticas pelas estudiosas da área, sobretudo por seu comportamento na época.

Ela é apontada como reprodutora do paternalismo dominante, favorecendo a manutenção da visão submissa da mulher, dada pela religião protestante, bem como a repressão da sexualidade sob certo aspecto.

A crítica me parece pertinente, se considerarmos a sociedade de hoje. Porém, o contexto sócio-cultural da época era outro. Na Inglaterra Vitoriana, a expectativa social acerca das mulheres da alta sociedade era a de que se casassem e passassem do domínio pátrio ao domínio do marido.

Miles (1995) assinala que Florence tornou-se a mais famosa solteirona da história ao se negar a seguir o legado feminino de sua época, pois, apesar de ir de encontro à vontade de seus familiares, não se casou como era esperado de uma mulher de sua condição social.

A Srta Nigtingale escreveu um romance autobiográfico, intitulado *Cassandra*, onde tece uma mordaz análise das razões que levaram as mulheres da classe média vitoriana ao silêncio, à depressão e à loucura.

Garcia (1995:27) escreve: *"Para Nigtingale, nada restava na vida das mulheres a não ser a farsa e a hipocrisia, a vida voltada para os outros, a impossibilidade de ter educação séria, ou o impeditivo de possuir uma vocação fora do curriculum familiar."*

Em sua obra, acreditava que a única possibilidade de salvação para as mulheres era acordar de sua inconsciência e começar a vivenciar o seu sofrimento. Apontava que esse era o preço de poder protagonizar a ação.

Ela optou por agir. Projetou a profissão de enfermagem e buscou, resgatar a dignidade de uma prática de cuidados, exercida por mulheres de "moral duvidosa". Os rígidos princípios de moral adotados por Florence para a profissão parecem ter sido a estratégia que melhor se apresentava na ocasião.

Dessa forma, inegável é a base de cunho vocacional da Enfermagem moderna. Porém, uma reflexão se faz necessária. Hoje, no início do século XXI, a formação

profissional continua de forma equivocada, reproduzindo o mesmo rigor do modelo de uma sociedade vitoriana.

Nesse espaço de tempo, a sociedade evoluiu, transformou-se. As Escolas formadoras da atualidade, no entanto, parecem não ter evoluído em suas representações acerca da profissão. E aqui questiono: o *status quo* da Enfermagem deve-se a precursora? Ou aos profissionais, que não romperam com representações da imagem da enfermeira?

Não obstante as críticas, é inegável a contribuição para a enfermagem moderna desta mulher excepcional. Florence Nightingale soube transitar pelo mundo masculino de sua época, sendo respeitada pela importância social de sua contribuição para a Enfermagem.

A institucionalização da enfermagem propiciou a mulher adentrar no mundo profissional de maneira digna e valorizada. Expandiu a imagem de mulher. Florence, de maneira visionária, valorizou a promoção da vida, do belo, do prazer que restabelece a harmonia do corpo e da alma, em detrimento do enfoque centrado apenas no sofrimento, no fraturado, no disforme na doença.

Nightingale, influenciou a Enfermagem não apenas na Inglaterra, mas no mundo inteiro. O modelo nightingaleano de enfermagem disciplinada, vocacional e religiosa, serviu de base às Escolas Americanas que, por sua vez, influenciaram o mundo, inclusive o Brasil.

A ENFERMAGEM NO BRASIL

E a história se reproduz.....

A enfermagem no Brasil teve, como no mundo, a influência Nighigaleana. Entretanto, antes de falarmos diretamente da enfermagem no Brasil, vale a pena destacar que as práticas de enfermagem também seguiram os mesmos passos que no mundo. Praticada na época do descobrimento de forma empírica e primitiva pelos

índios, mais tarde, com a colonização, passou a atender prioritariamente a interesses lucrativos, e era majoritariamente exercida por homens.

O ano de 1808, com a chegada da família real, foi um marco para as práticas de saúde no Brasil, fazendo-se, então, as necessárias mudanças sociais e econômicas para que pudesse ser viabilizado o crescimento ordenado das cidades e da população. A cidade do Rio de Janeiro passa à condição de capital do Brasil que, na ocasião, era a mais importante cidade do ponto de vista demográfico e político.

Porém, a história relata que, apesar do dinamismo político, a grande maioria da população vivia de forma marginal concentrando-se no centro da cidade em cortiços, e mantendo uma vida de hábitos considerados dissolutos.

Eram precários os serviços urbanos essenciais, como coleta de lixo, abastecimento de água e rede de esgoto. A cidade crescia, sua urbanização era acelerada e as precárias condições de moradia, vida e trabalho propiciavam uma situação sanitária deficiente e grave. Doenças como febre amarela, varíola e malária grassavam de forma epidêmica, configurando uma situação designada pelas autoridades como crise sanitária.

O perfil sanitário colonial atrasado comprometia a imagem do país perante o exterior. Os navios se negavam a aportar em solo brasileiro, que começou a perder divisas, comprometendo sua situação econômica. A consolidação da nova ordem mundial imprimia uma expansão sempre crescente do comércio internacional, onde os portos eram os principais centros de realização de atividades comerciais geradoras de riqueza.

Para deter a escalada de doenças que ameaçavam a expansão brasileira, o governo, sob ameaça externa, assume a assistência à saúde dos portos.

Em 1904, o médico Oswaldo Cruz funda um serviço de controle sanitário que, mais tarde, originou o atual Instituto Oswaldo Cruz.

Em 1920, outro médico, Carlos Chagas, cria o Departamento Nacional de Saúde Pública, quando é criada a primeira Escola de profissionais de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional dos Alienados.

A enfermeira brasileira surge considerando a necessidade social da época e surge, também, atrelada à Saúde Pública. E é sob os auspícios da atenção à Saúde Pública que a enfermagem brasileira ganha novos rumos.

No ano de 1921, designada pela Fundação Rockefeller, chega ao Brasil a enfermeira Ethel Parsons formada no modelo nitingaleano.

No ano de 1923 é criada a Escola de Enfermagem Ana Nèry, que reproduziu os moldes americanos, influenciada pelo modelo nitingaleano. Essa escola seleciona para seu quadro moças de camadas sociais mais elevadas, com apoio de uma política interessada em fomentar o desenvolvimento da profissão em seu próprio benefício, ou seja, salvaguardar suas divisas.

Na literatura, encontramos referência a essa escola tida como reforço da ideologia da enfermagem, na qual, desde sua origem, preceitos de abnegação, obediência e dedicação eram os marcos da formação profissional.

Isto marcou profundamente a profissão de Enfermagem- o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerça a crítica social, porém console, e socorra as vítimas da sociedade. Por essa razão, os enfermeiros enfrentam sérias dificuldades de ordem profissional, desde as longas jornadas de trabalho, baixos salários comparados aos de outros profissionais do mesmo nível, enfim, sua organização política é frágil e quase sem autonomia. Germano, (1984:25)

Nesse enfoque reforça-se a divisão social do trabalho. As enfermeiras formadas pela escola Ana Nèry eram, em sua maioria, possuidoras de diploma do Curso Normal, pertencendo à mais alta classe social, não por acaso a mesma classe dos médicos. Preceitos do modelo nitingaleano.

Segundo Melo (1986), a divisão entre o trabalho manual e intelectual reproduziam na profissão de enfermagem o pensamento da sociedade brasileira que, assim como as demais, não aprovava o trabalho da mulher fora do espaço privado, especialmente para executar um serviço caracterizado como manual, e, portanto, inferior.

A profissão no Brasil começa a se organizar a partir da fundação da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, atual Associação Brasileira de Enfermagem, cujas comissões representaram relevante papel ao desenvolvimento da enfermagem brasileira, especialmente no que se referiu à legislação e educação.

Em 1931, instala-se o Ministério da Educação e Saúde e, a partir de então, criam-se normas legais para o ensino e o exercício da Enfermagem.

Em junho desse mesmo ano, fica determinado que todas as Escolas de Enfermagem deveriam funcionar nos padrões da Escola Ana Néry, reproduzindo o modelo nigtngaleano, e da Escola considerada modelo.

Marcada por várias transformações políticas e econômicas no panorama brasileiro, dá-se a transição entre as décadas de 30 e 60. As mudanças se deram desde o governo de Getúlio Vargas até a integração ao sistema capitalista ocidental através das estratégias do governo Kubitschek. Graves conturbações ocorreram até o ano de 1964 que culminaram com o golpe militar.

A partir de então, o sistema de saúde brasileiro passou por freqüentes transformações, passando a haver um claro privilégio do poder estatal em relação ao setor da medicina privada, com enfoque curativista, e consolidação da tecnologia hospitalar e a indústria farmacêutica.

A saúde pública, origem da profissão de enfermagem, foi relegada a segundo plano. É nesse contexto, já com a educação de enfermagem institucionalizada, atendendo às necessidades do mercado, que vamos encontrar grande contingente de enfermeiras dedicadas à área hospitalar.

A expansão do setor privado determinou a ampliação do campo de prática da Enfermagem com a absorção de profissionais de nível superior pela rede pública, enquanto o setor privado recruta auxiliares e operacionais em maior proporção, em função da questão econômica.

Essa situação refletiu-se na educação, onde os currículos passam a privilegiar o ensino especializado e a assistência curativa em detrimento do ensino de saúde pública.

Observa-se, ainda, a divisão de funções, ficando sob a responsabilidade do pessoal de formação média e elementar o cuidado com os pacientes, enquanto cabia ao pessoal de nível superior as tarefas administrativas.

Outras implicações ocorrem em função dessa prática. Uma delas diz respeito à própria representação da enfermagem. É importante atentar para o fato de que a existência de várias categorias, a forte estratificação e divisão do trabalho de Enfermagem, dificulta o seu reconhecimento social, uma vez que os usuários dos serviços de saúde desconhecem a existência dessa estratificação hierárquica, tendendo a confundir seus agentes.

Para Geovanini (1995) esse fato é reforçado, de um lado, pela categoria dos auxiliares que genericamente se auto-denominam como enfermeiros, e, de outro, pelas próprias enfermeiras que não vêm desenvolvendo, quer individualmente, quer através de seus órgãos representativos, uma ação esclarecedora junto à população acerca de seu papel social e campo de competência.

Corroborado pela divulgação, muitas vezes, distorcida de veículos de comunicação que, através de contos e novelas, desprestigiam a classe ao exibi-la de forma depreciativa, ora grotesca e vulgar, ora dócil e submissa, fortalecendo idéias pré-concebidas e errôneas a seu respeito. Tudo isso contribui para diminuir ainda mais o *status* profissional e o poder de barganha da Enfermagem na defesa de seus interesses.

As Três últimas décadas foram também marcadas por importantes avanços para a enfermagem no Brasil, como a criação do Sindicato dos Enfermeiros, em 1976, o que implicou em um processo de maior politização do pessoal de enfermagem.

A partir dos anos 80, a crise econômica que se esboçara na década anterior precipita-se e mostra sua face de gravidade, ressoando também no âmbito político e no setor da saúde com a chamada "crise da previdência".

Os planos governamentais que se dispuseram a contornar a crise privilegiaram a utilização maciça de mão de obra do pessoal auxiliar da enfermagem, deixando transparecer a divisão do trabalho numa relação de causa e efeito influenciada por determinações econômicas, políticas e ideológicas.

Por outro lado, para Saffioti:

A crescente utilização de mão de obra feminina no setor saúde, principalmente na enfermagem, retrata a divisão sexual do trabalho. Fundamentalmente, a utilização pelo capitalismo da mão- de- obra feminina desvalorizada em relação à masculina, baseia-se nos fundamentos da divisão sexual do trabalho, e dos mecanismos de controle da oferta e da demanda, como parte da dinâmica da acumulação capitalista. A mão de obra é assim , amplamente manipulada pelo interesse do capital, que a absorve ou repele, pagando-lhe sempre salários inferiores. (1983:27-37)

Na década de 90, em virtude do aprofundamento da crise político- econômica, as condições de saúde da população agravam-se, demonstrando um quadro nosológico de recrudescimento de epidemias já consideradas erradicadas, infligindo ainda mais sofrimento à população de desvalidos do país. Essa década é desenhada por importantes mudanças no cenário das políticas de saúde ao lado do agravamento do cenário político-econômico.

Um dos pontos altos para o setor saúde é a realização da VIII Conferência de Saúde, momento em que os preceitos de universalidade integralidade, participação social e equidade ficam definitivamente inscritos no sistema de saúde nacional. Acontece um maior engajamento político da enfermagem.

Apesar dos avanços, a enfermagem hospitalar permanece envolta em um distanciamento e/ou inconsciência das questões político-econômico-culturais pela permanência das bases profissionais no modelo de submissão feminina e a forte visão hospitalocêntrica do cuidado de enfermagem.

Discrepâncias da divisão social e sexual do trabalho afetam diretamente o resultado de suas ações enquanto profissional, mulher e cidadã, acentuando a ambigüidade de ser, fazer e estar no mundo.

Assim, no Brasil a história se repete. Também aqui é seguido o modelo biomédico de dominação que relega os cuidados de enfermagem ao segundo plano. Com o abandono também do vasto domínio da manutenção da vida, cria-se o abismo do nível de cuidados e a valorização da enfermagem, perpetua-se a ideologia patriarcal na qual a desvalorização do trabalho feminino segue a linha do dito "natural".

Finalmente, podemos perceber que a origem da prática de cuidados esteve, desde os tempos primitivos, associados à vida e à mulher. Seguiram uma longa trajetória, onde foram se vinculando laços de origem religiosa, ora sagrados, ora profanos. Valores como abnegação, espírito de serviço, obediência vão, aos poucos, amoldando-se à prática de enfermagem, trazendo conotações de sacerdócio à profissão.

No período da inquisição, apesar da caça às bruxas, os cuidados seguem sendo praticados por mulheres. A Contra Reforma vai caracterizar os anos negros da enfermagem. Com a revolução capitalista várias mudanças se dão na sociedade. Entre elas, a mudança do discurso da saúde, a dominação de classes, a divisão social do trabalho e o resgate da dignidade do trabalho da Enfermagem, propiciado pela influência de Florence Nigtingale.

No Brasil, a história se repete e, passo a passo, a Enfermagem, as mulheres e as práticas de cuidados continuam buscando uma inserção de igualdade na sociedade pós-moderna, na qual, apesar dos avanços tecnológicos, vivenciamos um processo de embrutecimento das relações humanas.

Nesta sociedade, evidencia-se, de acordo com Boff (1998) "a *negação do cuidado essencial*, tida por ele como consequência do ser humano que se entrega à lógica do ser predador de outros e de si mesmo, resultando um processo de embrutecimento das relações entre todos os seres.

Morin (1998) assinala que o paradigma perdido retrata esta falta de interrogação e de pesquisa sobre tudo o que constitui os elementos fundamentais da vida, incluindo-se também a forma como o homem apreende a cultura, na relação com o mundo e sua forma de existir.

No mundo como um todo e, especialmente, no mundo do trabalho feminino, precisamos falar uma linguagem para o entendimento dos sistemas complexos que *estão na base da vida. Penso que o maior desafio seja mudar a nossa forma de pensar.*

Capítulo 2- GÊNERO E TRABALHO

As bases fundantes do trabalho de enfermagem registram-se na ancestralidade da necessidade do cuidado. Ao longo de sua história, adquiriram aspectos simbólicos religiosos de origem profana e sagrados.

A enfermagem moderna está impregnada de valores ditos "naturais" da mulher, que a coloca como sombra discreta e subordinada no espaço hospitalar. Assim, qualidades como paciência, auto-sacrifício, abnegação, disciplina, organização, desinteresse, docilidade, prontidão, senso-prático e tantos outros, deixam clara uma desvalorização de outras qualidades, como inteligência e criatividade, ancorando a imagem da enfermeira como a mais adequada para esse trabalho e, ainda, colocando-a como prerrogativa da divisão social do trabalho.

Há uma inter-relação entre a identidade que a sociedade tem da mulher. Parafrazeando Simone de Beauvoir, podemos dizer: *"não se nasce enfermeira, torna-se enfermeira"*. O ser enfermeira reveste-se de significados sociais do ser-mulher e, este, de ser-mãe e possuir atributos de mãe: disponível, pura, honesta, abnegada, ou seja, atributos "naturais" da mulher.

Essa dimensão é inculcada na capacitação da enfermeira, onde, de forma mais ou menos visível, é exigida uma postura moral tida como dignificante para a imagem feminina. Refina-se, assim, na estrutura curricular, a construção de uma subjetividade que Loyola (1984) denomina de "O laboratório da docilidade".

A concepção de trabalho deve ser compreendida como parte de um contexto do mundo social e humano. Os papéis feminino e masculino não são, como se poderia imaginar, um destino biológico, mas, antes de tudo, uma construção social que tem os papéis como base material.

Se admitirmos que existe uma relação social específica entre homens e mulheres, teremos também que vê-la como práticas sociais diferentes, orientadas pelo sexo. Olhando-se então a divisão social do trabalho sob o prisma das práticas sociais,

e não como condutas biologicamente reguladas, poderemos, com algum esforço, visualizar os seus princípios.

Nesse sentido, para Kergoat ,apud Fonseca, (1996), a noção de prática social é indispensável para permitir a passagem do abstrato ao concreto (grupo, indivíduo);definir os atores de outra forma do que como puro produto das relações sociais; poder pensar simultaneamente o simbólico e o material; restituir aos atores sociais o sentido de suas práticas, para que o sentido não seja dado por puro determinismo.

Pode-se afirmar que o ato de trabalhar mostra-se contextualizado no mundo social e humano, fala para além da produção de bens e/ou serviços: ele se torna referência para a própria produção de si mesmo. Processos de subjetivação nele se constroem, inculcando/ formatando os agentes sociais de acordo com aquilo que devem ser. Desta forma, concebe-se o trabalho à luz de outros critérios que não o exclusivamente econômico, o que permite reconhecer no campo social, múltiplas estruturações que, tramadas e inter cruzadas, sem se subordinarem umas às outras, produzem uma verdadeira alquimia, a qual não se limita a possíveis alianças construídas entre categorias. O trabalho cria e recria as alianças objetivadas no social. Fonseca (1996:66)

Nesse enfoque, para que se compreendam o lugar e as relações de homens e mulheres numa sociedade, importa observar não exatamente seus sexos. O debate vai se constituir, então, através de uma nova linguagem, na qual o gênero será um conceito fundamental.

O termo relações de gênero é usado para denominar uma construção sócio-cultural e, como tal, representa um processo contínuo e descontínuo da produção dos lugares de poderes do homem e da mulher em cada cultura e sociedade. Dessa forma,

vamos analisar a entrada da profissional de enfermagem no mundo do trabalho pela porta da ambivalência e da ambigüidade:

Para a definição psicanalítica, ambígua é a pessoa cujo comportamento se presta a diferentes interpretações e provoca, por conseguinte, dúvida, incerteza e confusão.

Oliveira (1993) descreve a pessoa ambivalente como aquela que vive ou exprime a contradição e o conflito, não conseguindo identificar ou discriminar contradições que se traduzem em atitudes ou comportamentos, que não se excluem uns aos outros, mas que, pelo contrário, aparecem juntos ou alternadamente, coexistindo no mundo interior e no psiquismo do indivíduo sem que ele sinta contradição ou conflito.

A ambigüidade é "um tipo particular de identidade ou de organização do eu que se caracteriza pela coexistência de múltiplos núcleos não integrados que podem, por conseguinte, coexistir e alterar-se sem implicarem em confusão ou contradição para o sujeito. Oliveira (1993:76)

Essa definição nos remete a traçar paralelos entre a identidade da enfermeira com uma personalidade cindida, a fim de atender às múltiplas ordens sociais a serem obedecidas.

Segundo Oliveira (1993), Gregory Bateson chama de "dupla coerção", ou "duble bind", a situação em que se encontra uma pessoa submetida, permanentemente, a ordens que se excluem ou se negam umas as outras, sem que ela tenha chance de escapar do campo onde interagem essas "injunções contraditórias". As enfermeiras têm recebido ordens ambivalentes, a fim de desempenhar suas funções profissionais. Por exemplo: participe do espaço público, mas comporte-se como se estivesse no espaço privado.

Exemplos de ambivalência são apontados no trabalho de Sobral (1995) ao discorrer sobre a modelagem do paradigma nightingaleano à enfermagem brasileira, a partir de relatos de enfermeiras, na verdade, das primeiras mulheres-profissionais que sofreram a adaptação do modelo nightingaleano ao brasileiro.

Dentre os exemplos de ambivalência, destacamos o discurso médico disciplinador da época que era capaz de enaltecer os ditos "defeitos" da mulher para atender aos interesses dominantes.

O discurso do médico sanitarista era capaz de transformar a linguagem da mulher, que ele entendia como "uma das formas mais perigosas de incontinência social", em algo positivo, pois essa conotação "negativa" era muito valorizado no projeto sanitarista.

Exigia-se também a realização de um trabalho político dentro do projeto sanitarista da ocasião, mas sua voz só deveria ser ouvida para dar conselhos e ensinar cuidados de higiene previamente determinados.

A sua importância política deveria ter a dimensão do doméstico. Assim, mesmo desempenhando um importante trabalho político, a enfermeira, leia-se a mulher, deveria manter a invisibilidade de seu trabalho, mantendo as características de seu desempenho no âmbito do privado.

Outro aspecto de contradição era o fato de que não podiam permanecer sozinhas na presença de um médico, devendo inclusive se dirigirem aos mesmos mantendo suas mãos para trás, postura que poderia significar respeito ou regulação sexual, uma vez que as mãos são veículos de toque. E este, por sua vez, poderia ter conotação erótica. No entanto, quando aconteciam saraus na escola, também lar das alunas, os médicos eram convidados e o contato dos corpos se fazia naturalmente através da dança, sob os olhares de aprovação de todos os presentes.

O preço que essas mulheres pagaram para ingressar no espaço público foi o preço de suas totalidades e cidadania, contidas por rigorosas normas de disciplina, ambigüidade e preconceitos.

Podemos também caracterizar como dupla coerção a entrada da enfermagem no espaço público, o que significou, por um lado, a libertação para a mulher. Por outro, tal avanço significou também uma vida de transformação de uma identidade feminina, onde o objetivo era aproximar, o mais que se pudesse, a imagem de enfermeiras à figura de Maria, mãe virgem, pura e assexuada, limpando assim a mancha histórica representada por Sairy Gamp que caracterizou os tempos negros da enfermagem.

A história da profissão mostra que ser enfermeira implicava no abandono da identidade, o que nos caracterizam como sujeitos diferentes umas das outras, e a internalização de outra identidade que nos robotiza, tornando-nos iguais, adquirindo, então, comportamento linear, previsível e controlável.

Outros exemplos são os estudos de Kalisch e Kalisch apud Ellis et al, (1995) nos E.U.A., que dão conta de um misto de ascensão e queda da imagem das enfermeiras nos filmes de longa metragem nos anos 40, com seu ponto mais baixo ocorrendo nos anos 70, quando a profissão de enfermagem era denegrada e satirizada em muitos filmes.

As autoras, referindo-se à continuação dos estudos sobre as imagens como representadas, também na literatura, novelas e outros escritos, citam Muff que também revelou que a imagem das enfermeiras encontradas nas novelas pode ser geralmente classificada em uma das seguintes categorias: anjos, servis, criadas, idiotas e meretrizes.

Ela também declara que os estereótipos de enfermagem exibidos pela televisão e pelos filmes incluem também o símbolo de tortura. Nos dias de hoje, na sociedade brasileira, ainda se percebe a divulgação dos mesmos estereótipos pela mídia, veiculadas por novelas, anúncios de revistas e outros meios de comunicação.

Nesse enfoque, dupla coerção pode ser percebida na perspectiva de gênero. Assim sinaliza um dos constrangimentos que as mulheres sofrem em relação aos homens, e que deixam transparecer em suas trajetórias profissionais, o que Bourdier (1995) chamou de "preconceito desfavorável", que subentende que ser mulher

trabalhadora numa sociedade patriarcal e capitalista significa estar subordinada a alianças organizacionais de poder masculino.

Pode-se dizer que o acesso ao mundo do trabalho assalariado, entendido como espaço público, não foi uma livre escolha das enfermeiras, nem se traduziu em maior bem-estar e independência. Seu trabalho foi associado ao sagrado e, portanto, deveria ser executado sem pensar em obter qualquer regalia, além do bem-estar dos doentes. O trabalho era penoso, horas a fio de plantão, sem poder pregar os olhos, precisando algumas vezes recorrer a estratégias para se manter acordada, chegando ao absurdo de colocar gelo nos seios, como é relato no trabalho de Sobral (1995).

Foram antes de tudo os interesses do macho, do saber masculino, que as empurrou para um mundo de contradições e sofrimentos. Sua identidade foi esfacelada.

A luta pela inteireza, no entanto, não morreu. É nessa luta que levantam-se as vozes de outras enfermeiras. Em outro momento histórico, levantam-se também as bandeiras feministas, que tanto têm contribuído para trazer de volta a unidade do feminino e do masculino.

Nessa luta, todos os comandos para que elas se amoldassem ao público precisam ser revistos. A ordem 'sejam competitivas' e a contra-ordem 'permaneçam dóceis e submissas' precisam de maiores entendimentos para se desfazerem do espaço cultural, subjetivo e social das enfermeiras.

Oliveira (1992: 47) assim se refere a essa luta de identidade psicossocial na luta das mulheres:

No esforço de se ajustarem ao novo perfil que emerge da ruptura de sua antiga identidade, as mulheres se vem obrigadas a tentar tornar compatível dois estilos de vida, dois registros intelectuais e afetivos, dois modelos de conduta cotidiana. Definidas por uma norma e um modelo que lhe são impostos, elas tem de aceitar o paradoxo do universal e do particular, colocado

por uma sociedade que as universaliza como produtoras e as particulariza como mulheres.

Dilaceradas por pertencerem, simultaneamente e conflituosamente ao espaço privado, ao mundo do lar e da família, regidos pelas emoções, pelos sentimentos e pela afetividade, e ao espaço público, ao mundo do trabalho regido pela agressividade, pela competitividade e pelo princípio do rendimento, as mulheres descobrem que o acesso às funções masculinas não basta para assentar a igualdade e que igualdade, compreendida como integração unilateral no mundo dos homens, não é liberdade.

Para as enfermeiras, essas reflexões são especialmente valiosas. O mundo do hospital, com o poder centrado na figura do médico, e as mesmas objetivadas no papel de ajudantes de médico, não trouxe a igualdade e reconhecimento do seu trabalho.

Nem poderia, porque se fizeram sob ordens e interesses contraditórios, subtraindo delas o direito de expressarem seus sentimentos, afetos, sexualidade, e se fizeram segundo a relação de gênero como regulação de seus corpos a custa da mortificação, ou mesmo, com o esfacelamento de sua identidade.

No espaço hospitalar, onde os agentes sociais ocupam lugares e onde o diagnóstico e a terapêutica médica representam os atos fins, ou seja, que têm valor concreto, possuem, na prática, maior *status* que justificam maiores salários. Enquanto o trabalho da enfermagem se incorpora aos meios, sua concepção feminina, baseada na qualidade e não em saberes científicos, o desqualifica.

Nesse enfoque, as transformações se farão quando as enfermeiras fizerem existir, no poder hospitalar, a cultura da enfermagem em franca negociação com a cultura médica. Pensa-se que, no campo argumentativo, diferentes visões de mundo e de organização da sociedade precisam se encontrar para procurar soluções em comum. Nesse campo se poderá falar então de cidadania.

A superação feminino/masculino, médico/enfermeira, anuncia-se numa nova era, numa nova visão de mundo, onde polaridades tendem a ser superadas numa idéia da parceria e unidade de todas as coisas do universo. O discurso e a vivência da ambivalência tende a perder forças, pois a vida não é só homem, não é só mulher, não é só cuidar, não é só o curar. A vida é a união de todas as coisas.

No mundo do espaço hospitalar, será então preciso a desconstrução dos significados sociais que o ser enfermeira está revestido? Será preciso a desconstrução dos significados que atribuem à profissão uma conotação maternal, distanciando-a de sua real importância enquanto prática social?

O processo de formação tem importante papel na reprodução desses significados. A atividade de enfermagem tem inegável valor para a sociedade, mas a grandeza social encontra-se invisível. Será este um fator que contribui para a falta de identidade da enfermagem?

Capítulo 3 - A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE

As disciplinas Antropologia e Sociologia têm fornecido importantes contribuições para os estudos de construção de identidade. Delas emergem algumas categorias bastante específicas, tais como: identidade étnica, identidade nacional e identidade de gênero.

Durhan et al (1986) afirmam que no campo das relações interétnicas o conceito de identidade é muito preciso e delimita um campo de investigação bem estruturado. Com a identificação é possível apreendermos "de dentro" as categorias culturais com as quais a população articula sua experiência de vida social e ordena sua prática coletiva.

Os autores chamam atenção para uma comparação bastante esclarecedora entre a história e a antropologia. Discutem acerca da teoria que os pesquisadores chamam de história, isto é, documentos e arquivos mortos, que não podem se confundir com a percepção que os homens, de certas épocas e de diferentes classes sociais, possuem do seu espaço dentro do processo.

Ressaltam ainda que os problemas investigados pelos historiadores não são aqueles formulados pelos homens, ou seja, aqueles homens que anonimamente fazem história. A antropologia, por outro lado, trabalha com os participantes do processo e contenta-se em reconstruir as sombras que essa história projeta na consciência do homem.

Nesse enfoque, Oliveira (1995:43), diz que *"parece possível detectar em Durkeim a amplitude de questões que essa categoria "identidade" pode suscitar em discussões interdisciplinares"*.

A popularização de tais questões no Brasil ocorreu, inicialmente, no contexto das relações interétnicas, como identidade grupai contrastante, construída através das relações e conflitos intergrupais concretos, perpassados por um processo de oposição,

dominação, submissão e resistência a que ocorre, tanto no plano simbólico, quanto no plano das relações sociais.

Ao abordar o contraste resultante de um processo concreto de confronto de diferenciação, a autora enfatiza que, se transitarmos o conceito das relações étnicas, ampliamos o conceito de identidade a outros grupos e categorias sociais, e o campo de análise deixa de ser apenas a oposição entre grupos que se enfrentam na sociedade. Sendo assim, a identidade passa, então, a ser percebida como uma propriedade do grupo, projetado na pessoa.

A psicologia social tem privilegiado o estudo das identidades sociais, definidas como:

as pertencas de sujeitos às categorias, bio-psicológicas (sexo, idade), a grupos socioculturais (étnicos, regionais, nacionais, profissionais...) ou à assunção de papéis e de status sociais (familiares, profissionais, institucionais...) ou ainda à afiliações ideológicas (confessionais, políticas, filosóficas). Lipiansky (1992:114)

Para Berger e Luckmann (1991), o processo de identificação implica em uma dialética entre identificação pelos outros e auto-identificação, ou seja, identidade objetivamente atribuída e identidade subjetivamente apropriada.

Nessa perspectiva, Habermas, (1983) apud Oliveira (1995) assinala que ninguém pode edificar sua própria identidade independentemente das identificações que os outros fazem dele, ou ainda, o fundamento para a afirmação da própria identidade é a auto-identificação, intersubjetivamente reconhecida.

Destarte, o estudo das identidades social e pessoal tem, segundo Santos (1998), implicado num paradoxo entre as noções de unicidade e especificidade. Aquele que é único, que caracteriza algo ou alguém, que é diferente mas, ao mesmo

tempo, remete também à noção de semelhança, entendida como o que é igual ou idêntico ao outro.

Goffman (1991) reconhece que as identidades social e pessoa) são parte, antes de mais nada, dos interesses e definições de outras pessoas em relação ao indivíduo cuja identidade está em questão.

Segundo Pereira (1987), a construção social da identidade individual é um processo múltiplo. Talvez possa-se afirmar, de forma um tanto esquemática, que a personalidade, à medida que vai-se formando em um sistema de relações, vai progressivamente sintetizando um conjunto de identidades particulares em uma configuração total: a identidade sexual, a identidade de classe, a identidade étnica, a identidade nacional e, também, a identidade profissional.

No entanto, essas configurações, como já referido, não estão livres de contradições. Todas essas identidades parciais vão formar uma expressão contextual que é uma identidade mais abrangente.

Parece que o foco de ambigüidade tem sido a questão da identidade pessoal e social que, segundo Durkeim (1970), origina-se da dicotomia indivíduo X sociedade, sob os corolários dos saberes psicológicos e dos saberes sociológicos, pela emoção e razão, com destaque para a especificidade da construção do estatuto do indivíduo, levando-se em conta a realidade e a extensão dos fatos sociais.

O conceito de identidade, neste estudo, implicará sempre, de acordo com Bergman e Luckman (1995), em falar de uma realidade subjetiva que se encontra numa relação dialética com a sociedade, com o objetivo e com o subjetivo. Esse pensamento confere uma idéia de dinâmica nas relações da formação da identidade, e tais autores afirmam, ainda, que as estruturas sociais, históricas e particulares, engendram tipos de identidade que são reconhecíveis em casos particulares.

A abordagem do mundo social da enfermagem, sua relação dialética com o trabalho, gênero, com enfoque na filiação religiosa e médica dentro de um amplo

contexto dado pela ciência e paradigma, auxiliou-me a entender melhor o processo de formação da identidade da enfermagem.

Para Pollak (1990), o estudo da identidade só se torna uma preocupação e um objeto de análise quando ela não é evidente, quando o senso comum não é mais dado com antecedência e, quando os atores, sublevando-se, não conseguem mais concordar sobre o significado das situações e dos papéis que supostamente representam.

Para Lipiansky (1992:113) *"ter uma identidade é, ao mesmo tempo, ser alguém único, com características idiossincráticas e ser alguém igual aos outros, no sentido de compartilhar com o grupo significados comuns."*

Para a enfermagem, construir uma identidade implica na atribuição de um lugar específico no mundo. Essa relação, porém, é dinâmica na medida que sofre influência das situações e contextos em que se encontram, e com os quais interage. Esse lugar nada mais é que o espaço de cidadania, entendida como igualdade de direitos.

Podemos também considerar que a identidade da enfermagem afirma-se e confirma-se à medida em que cada profissional toma consciência de si, de sua realidade, numa identificação com o outro através dos objetos, pessoas e lugares. Assim, a identidade também pode ser pensada como um fenômeno sócio-cultural, estando vinculada a uma classe, a um grupo social, a uma comunidade que a afirma e confirma histórias sociais particulares, engendrando tipos de identidade que são reconhecíveis em casos particulares.

Compreendendo os profissionais de enfermagem como ser social, como um complexo de *status* parciais latentes que são ativados e desativados nos desafios cotidianos que são obrigados a enfrentar em sua prática social, utilizarei neste estudo o conceito de identidade dado pelas Representações Sociais, teoria que se origina no decurso de comunicações inter-individuais, e que designa um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Para Minayo (1993:158) *"nas Ciências Sociais são definidas como categorias de*

pensamento, de ação e de sentimento que expressam realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a."

O estudo das representações sociais a partir da proposta de Moscovici (1978) tem considerado uma perspectiva do sujeito, não apenas como um animal puramente racional, tão pouco como máquina de processamento de informações. Sendo assim, na construção do conhecimento do senso comum, sujeito, objeto e sociedade são entidades inseparáveis e busca-se compreender processos intra e interindividuais que ocorrem simultaneamente em contextos históricos e socioculturais precisos.

Assim, a perspectiva teórica abordada no presente estudo considera também a *" identidade compreendida como movimento, como metamorfose, como um processo contínuo de identificações que reflete as ações do indivíduo, seu trabalho, seu viver diário, sua história sua vida e seu projeto."* (Bock, 1995)

Dessa forma, entendemos que a identidade psicossocial da enfermagem constitui-se dentro de identificações que implicam um mundo pessoal e social específico. A enfermagem tem sido identificada como uma profissão importante, a ponto de ser indicada por Aburdene e Naisbitt (1994), como a terceira, dentre as dez profissões que permanecerão no terceiro milênio.

No entanto, questionamentos se fazem: Por que uma profissão importante é incapaz de gerar uma importância social? Será que seu fazer eficiente é desacompanhado de um saber coerente? Seriam as representações sociais dos sujeitos da profissão e da sociedade um misto de anjo e demônio, responsáveis pela nossa indefinição identitária? Seria a indefinição do objeto de trabalho da enfermagem uma das causas da indefinição de sua identidade? Seriam as bases históricas e sociais as responsáveis? Todas essas questões dificultariam em seu conjunto, a consolidação da identidade da profissão?

Existe na literatura alguns relatos que nos remetem a uma visão idealizada da profissão, na qual alguns traços se sobressaem e a definem, como a imagem de anjo descrita por Loyola (1984), caracterizando a "síndrome do anjo", que se traduz em

um perfeccionismo desenvolvido desde a formação, concretizando uma identidade de "super-heroína".

Tal visão idealizada, com raízes no vínculo religioso, é permeada também pelo caráter vocacional que concretiza uma imagem de anjo de bondade, paciência e submissão. Nessas características subjazem contornos de uma identidade política onde comportamentos, atitudes e posturas, ratificam a expectativa social de sua própria imagem profissional.

Davis, 1996 apud Oliveira, (1995) define que a formação da identidade da enfermeira esta centrada em três aspectos: 1) a passagem através do espelho. É aquela em que a estudante de Enfermagem é apresentada ao modelo ideal de enfermeira, o qual ela deve introjetar, e que a escola quer que ela tenha; 2) a instalação da dualidade, que é a luta pessoal entre um "modelo ideal" de enfermeira e um modelo prático. Nesta luta é desenvolvido um percurso perverso de alienação de si, simulação de papel, personalidade dupla do eu profano; 3) a adequação da dualidade, que é descrito como o ajustamento entre um modelo e outro; assim a própria identidade que vai se construir a partir da carreira profissional. Esta adequação deixa de ser um mecanismo coletivo, transformar-se num processo individual."

Algumas autoras, como Sobral e Waldow (1995), atribuem à disciplinarização dos corpos da enfermeira um papel crucial ao regime da ordem, necessária não apenas à vida pessoal e profissional, como também à organização das instituições.

Referem-se à formação das enfermeiras constantemente permeadas por táticas, de negação e/ou percepção das mesmas, que reproduzem e validam o discurso que justificam uma formação de profissionais capazes, produtivas e competentes.

No processo de construção de identidade e cidadania, as profissionais de enfermagem não poderão negar o reconhecimento de que essas táticas e discursos conformam-se dentro de um contexto histórico, econômico, social e científico.

Sobral e Waldow et al (1995) explicitam ainda que corpos menos disciplinados, menos esquadrihados e menos dóceis conseguem perceber, utilizar seus próprios corpos enquanto forças geradoras de mudanças, pois conseguem enfrentar as forças do poder que buscam historicamente sua sujeição.

Como ilustração apontamos, o estudo de Oliveira (1995:226) sobre as representações sociais das alunas ingressantes na graduação e seus significados teve como objetivo identificar o processo de construção da identidade da enfermeira. A autora constata que a identidade profissional da enfermeira é compreendida segundo o senso comum das alunas como:

A enfermeira é um agente da saúde, que participa de uma equipe ajudando o cliente a manter e recuperar sua saúde- Gente que cuida de Gente. Ela deve ter por qualidade: perseverança, disponibilidade, agilidade, respeito, solidariedade, seriedade, paciência, amizade, carinho, dedicação, sensibilidade, amor, habilidade manual e conhecimento. A enfermeira tem por áreas de atuação: a assistência à clientela hospitalizada, a educação da população para melhorar sua saúde, e a pesquisa para avançar na ciência e melhorar as condições de trabalho.

Apesar de a autora destacar que nas representações sociais das alunas a enfermagem é uma profissão nobre, sem limites, preconceitos, de caráter político, e que acompanha e participa dos avanços tecnológicos, podemos depreender, no discurso das alunas, que qualidades aparecem como inerentes à imagem de enfermeira ideal - como disponibilidade, paciência, amizade, carinho, dedicação, sensibilidade, amor.

Essas imagens sinalizam para uma imagem social, que associa a identidade da enfermeira à imagem da mãe, aquela que está disponível para atender as necessidades do filho, no caso, do paciente.

Persiste assim no imaginário social a visão idealizada da enfermagem, herdada do modelo religioso e da visão vocacional, dado pela disciplinarização dos corpos, onde valores como respeito, seriedade, perseverança... são fundamentais. Claro está que, dentro do bojo desse entrelaçamento, estão presentes vários modelos. Não podemos deixar de assinalar a relações de gênero. Vale ressaltar que a identidade idealizada é carregada de esteriótipos femininos, onde o papel e o *status* da enfermagem subordinam-se ao papel e *status de* mulher.

No estudo de Oliveira (1995), as representações sociais das alunas possuem um leque de *qualidades* na qual é estabelecido uma relação desigual com o cabedal de *conhecimentos* necessários ao bom desempenho da profissão.

Podemos inferir que as representações das alunas é partilhada com o grupo no qual estão inseridas. Portanto, quando elas ingressam na profissão, trazem marcadas em seu imaginário a ordem e a disciplina de seus corpos para atender as regras do preceito profissional.

No entanto, a construção de identidade é um processo de transformação que percorre caminhos sujeitos a mudanças que se impõem no percurso das sociedades, numa relação em que o mundo do trabalho é um ganho essencial para toda a sociedade e, que dessa forma, impõe dialeticamente imagens que se afirmam e confirmam dentro do grupo de pertença dos profissionais em questão.

Assim, nesse caminho social, algumas mudanças têm impelido a enfermagem a conformar sua identidade. Embora não tenham dado conta de fornecer uma resposta, vale a pena ser destacada, pois sem dúvida fazem parte do processo e, como tal, devem ser evidenciadas. A tendência atual, acreditamos, é a afirmação de uma profissão que cresce pela sua utilidade social e pela necessidade que a sociedade tem da mesma.

Collière (1999), analisando a influência das diferentes correntes socio-econômicas na conformação dos papéis da enfermagem, discute a confusão que a

enfermeira sofre a medida que seu papel passa por transformações e sua estabilidade é abalada.

Essa profunda mutação expressa, para a autora, diferentes caminhos que se traduzem, essencialmente, pela preocupação de uma revalorização profissional com a definição de uma nova enfermeira que busca o reconhecimento de um papel específico. Ressalta que a grande razão de insatisfação traduz-se em um sentimento afetivo de depreciação do seu papel como ator social a cujo trabalho não é atribuído valor. Inserindo-o num contexto de linguagem como o de 'paramédicos', ao invés de profissional de saúde.

Acerca dessa denominação, Sobral e Waldow (1995) assinalam que a enfermagem, com esse rótulo, coloca a profissão como sendo uma semi-profissão marcada pela invisibilidade de resultados práticos - o cuidado não se materializa na prática.

A palavra paramédico define uma construção social de papel com uma pertença de dupla filiação: patrilinear, ou seja, uma filiação médica, e uma filiação matrilinear, ou seja, uma filiação religiosa.

A filiação médica projeta no trabalho da enfermagem uma aproximação com a prática médica dada pela via da tecnicidade, conferindo um distanciamento da filiação religiosa. Porém, essa via confirma a imagem da enfermeira-auxiliar-de-médico, confundindo sua identidade.

A não demarcação dos limites do trabalho da enfermagem impedem uma identificação dos cuidados de enfermagem à medida que o confundem com o próprio trabalho médico. Evidentemente, essa nova filiação confere maior poder e respeitabilidade à profissão, pois assemelha-a ao *status* médico. No entanto, não é suficiente para conferir à enfermagem as bases de construção de uma identidade própria.

Collière,(1999:192) afirma que freqüentemente outras filiações são buscadas na tentativa de se encontrar um caminho de identidade. Uma filiação psicossocial então

pode ser o caminho de busca da identidade, acreditando que, de posse da análise da própria prática profissional e dos cuidados, seja possível desvelar o mistério.

Essa nova filiação, no entanto, não conduz ao esperado, posto que a análise é centrada em quem oferece e recebe cuidados, sendo" *considerados a maior parte das vezes isoladamente, sem laços com os fatores da realidade que são os da hipertecnidade, a divisão do trabalho por tarefas, por especializações, o exercício dos poderes médicos e administrativos, as freqüentes atitudes de submissão dos doentes*". (Collière 1999)

No âmbito hospitalar, outros modelos de identificação social emergem, destacando-se a identidade para com o trabalho de administradores. Surgem as enfermeiras chefes, enfermeiras supervisoras, com distanciamento da filiação médica e conferimento, também, de certo prestígio dado em função da aproximação do encargo enquadrado da instituição. Porém, favorece o distanciamento com o campo de competência da enfermagem.

Assim, podemos concluir que a busca de outros modelos de identificação conduz mais a uma aproximação de outras filiações do que ao domínio de uma prática profissional identificada.

A busca de outras filiações trazem consigo a necessidade de uma identificação com o opressor. Aquele que pode mais, tem o poder dentro do contexto da realidade social. Esse movimento, no entanto, pode desencadear um efeito bumerangue. Ao invés de moldar-se à imagem do outro, na verdade, desenvolve-se um sentimento maior de inadequação, levando à marginalidade e a uma confusão que se traduz em "perder-se", não sabendo com que grupo se identificar: se com seu grupo originário, ou se com o grupo onde se foi buscar a filiação.

Esta é a compreensão de Waldow (1996), quando se refere a críticas negativas, julgamentos e acusações de colegas para colegas. Esse é também um outro aspecto do grupo de oprimidos que, em função de sua baixa estima e sendo incapazes

de se rebelarem ou obterem reconhecimento, voltam-se contra seus próprios pares, resultando na chamada violência horizontal.

Nesse prisma, Waldow (1995:132) apud Fabro afirma que:

Uma das características de grupos de oprimidos é a internalização dos valores do opressor. O oprimido tenta ser como o opressor e ao falhar resulta em sentimentos de baixa estima e auto-depreciação, concorrendo, conseqüentemente, para uma síndrome de agressão submissiva. De forma a rejeitar sua própria inferioridade, o oprimido rejeita sua própria cultura, tornando-se marginalizado. Isto faz com que acabe não pertencendo a nenhum grupo, dominante ou dominado.

Outra estratégia é a desmedicalização dos cuidados de enfermagem. Para Collière (1999) essa é uma questão de difícil demarcação, antes que sejam respondidos o que são, na verdade, os cuidados de enfermagem, permanecendo o campo de confusão entre o cuidar e o tratar, como nó górdio da questão, principalmente, quando se levam em conta as múltiplas variáveis do cuidar.

O cuidar deve, obrigatoriamente, contemplar as dimensões dos agentes envolvidos, ou seja, o médico, a enfermeira, o doente, a família e eventualmente a instituição onde o cuidado é prestado.

Dentre as estratégias ou, poderíamos dizer, avanços, especialmente a chancela de uma formação de nível superior, na qual a enfermagem oriunda de um passado em que a prestação de cuidados foi excluída por vários séculos da cultura letrada, e tendo o imenso cabedal de conhecimentos formados e transmitidos de geração à geração, confiscado pela ciência médica.

A admissão da profissão na esfera da universidade foi, e continua sendo, motivo de orgulho. O acesso ao conhecimento, até então tido como indesejável para as enfermeiras, inicia um processo interrogativo que incita a argumentação e domínio do

pensamento escrito, favorecendo a redação e publicação de trabalhos, que a insere finalmente no processo científico.

Um outro importante aspecto a considerar foi a retirada da enfermeira do espaço do hospital escola, que a confinava a uma realidade única, permeada por dever, moral e dedicação. Colocando-as no mundo das contradições, com pluralências de correntes de pensamento, foi possível a adesão a diferentes opções sociais, econômicas e políticas, permitindo o alargamento da percepção do campo social no encontro com pessoas de culturas, idades e experiências diferentes.

No entanto, a formação universitária ainda não deu conta de permitir a melhoria e a valorização da prática de enfermagem. Sozinha ela não poderia mesmo transformar uma realidade urdida há um longo período, com implicações sócio-políticas e econômicas e um pesado passado doutrinai.

Segundo Collière (1999:198), as primeiras enfermeiras que tiveram acesso ao ensino universitário em todos os países deram à pedagogia um lugar privilegiado, *"como se a prática profissional se baseasse, mais fundamentalmente, numa estratégia de ensino cujos métodos há que afinar, do que no desenvolvimento de um campo de competência cuja natureza está ainda por se clarificar no próprio exercício profissional."*

A formação universitária em si mesma não é suficiente para definição da identidade. Podemos perceber que, apesar da chancela do nível superior, os currículos de enfermagem não se constituem no meio de intensificar a valorização social e econômica.

Dessa forma, a formação universitária, embora contribua para valorizar a imagem da enfermeira, não é suficiente para conferir um aval das práticas de cuidados. Ela se expressará em valor transformador da realidade quando puder dar conta do afastamento existente entre os que prestam e os que recebem os cuidados, permitindo diminuir o fosso entre os locais de prática profissional e os locais de reflexão, tornando os lugares de exercício profissionais em espaços de ação.

Para Agudelo (1995), a falta de uma identificação e apropriação do objeto de trabalho da enfermagem, a clareza de seu objetivo social, bem como, a divisão do trabalho em diferentes níveis geram contradições entre resgatar o cuidado direto e fomentar ações gerenciais.

Ajuda, a falta de identidade, desembocam em conflitos em relação à formação profissional e à definição do papel da enfermeira dentro da própria equipe e da equipe multiprofissional de saúde, limitando o conhecimento, freando as possibilidades da configuração profissional de maior solidez, privando a população de receber atenção de saúde de baixo risco.

A autora aponta ainda para a ausência de um consenso profissional acerca de suas funções, o que dificulta o estabelecimento de uma política assistencial de enfermagem em qualquer instituição de saúde.

Referindo-se à extensão do campo de ações de enfermagem, ela constata que tais ações afetam, não só a coerência interna de suas condutas, como também divide a categoria, criando quebras invisíveis que impedem uma atuação organizada, que impedem, por sua vez, uma reconstrução e reorientação de seus perfis profissionais.

As questões até aqui apontadas comprometem o exercício pela cidadania da enfermagem, impedindo-a de lutar por igualdades de todas as ordens, que vão desde igualdade salarial, carga horária, até uma política de acesso a cargos de destaque.

Diante de tanta fragilidade, a enfermagem não atenta para a necessidade de estabelecer metas e objetivos comuns à categoria. Na verdade, acaba por reforçar uma auto imagem negativa. Conforme Bowman e Culpepper apud (Waldow, 1996), sem uma proposta coletiva, a comunidade de enfermagem dificilmente alcançará uma organização efetiva.

Esses autores, bem como Lopes (1987), destacam a falta de participação e ação política, enquanto Roberts apud Waldow (1996) e Kushe (1987) relembram a necessidade das enfermeiras de reconhecerem sua condição de opressão para empreenderem ações de mudanças. Assim, convidam as enfermeiras a realizar uma

revolução para outorgar poder. Afirmam ainda ser preciso encontrar a linguagem de conexão com o grupo dominante.

Collière (1999) diz que todo dilema da profissão de enfermagem funda-se na exigência de passar de uma profissão de fé, fundada num "credo" que tem como finalidade servir, estar a serviço de todos, doentes nos tempos mais antigos, e depois dos médicos, a uma necessária clarificação do serviço oferecido.

Como demonstrado na conclusão da pesquisa de Oliveira (1995), as representações sociais das alunas ingressas no curso de enfermagem confirmam que a exigência da definição de identidade da enfermagem precisa percorrer os caminhos entre o credo da fé e a clarificação dos cuidados.

Hughes apud Waldow (1995) chama atenção para o fato de o cuidado em enfermagem continuar sendo equalizado como mero desempenho de tarefas, e não associado ao uso de habilidades de poder de decisão e pensamento crítico. Ressalta ainda que, no Brasil, esse fato é potencializado pelo desconhecimento que a sociedade tem da figura da enfermeira.

Ao delegar o cuidado direto a outros membros da equipe, em virtude da sobrecarga de tarefas administrativas, seu campo de competência e poder não é delimitado.

Os cuidados executados como tarefas indistintas pela equipe auxiliar contribuem para a falta de identidade da enfermagem, tornando-a, além de uma profissão invisível, uma profissão também ambígua.

PARTE II

I

2 O CAMINHO METODOLÓGICO

Esse capítulo objetiva apresentar, de maneira breve, algum entendimento das origens da Teoria das Representações Sociais, bem como de suas dimensões metodológicas, com o intuito de justificar o referencial teórico que norteia este estudo.

A Teoria das Representações Sociais nasceu em 1961, quando Serge Moscovici, a partir dos estudos de "representações coletivas" de Durkheim, desenvolveu a psicossociologia do conhecimento que se propunha a redefinir os problemas e os conceitos da psicologia social.

Sua intenção era a de refletir sobre como o conhecimento era adquirido e retrabalhado a partir de um determinado núcleo de informação. Os estudos das representações coletivas de Durkheim procuravam dar conta de fenômenos como religião, mitos, ciência, categorias de espaço, tempo etc.

O teórico partia do princípio de que a ciência, para estudar as representações sociais, tinha que reconhecer a oposição entre o individual e o coletivo. Tal oposição, para ele, era tida como se a representação individual refletisse a consciência própria de cada um, representando, dessa forma, um aspecto de subjetividade, o que era perigoso à ordem social.

Já a representação coletiva refletia a sociedade em sua totalidade e seria impessoal, garantindo a interação necessária entre os indivíduos, o que proporcionaria a harmonia da sociedade.

No entanto, para Moscovici (1986), na concepção de uma psicologia social, porém, socialmente orientada, era importante considerar tanto os comportamentos individuais, quanto os fatos sociais.

Para ele, não importava apenas a influência unidirecional dos contextos sociais sobre os comportamentos, estados e processos individuais, mas também a participação deles na construção da própria realidade social.

Costa (1998) considera que os estudos da representação social foram construídos em três fases distintas, porém, ressalta que foi a partir dos estudos de

Dukheim, Piaget e Freud que Moscovici cunhou a grande teoria das representações sociais.

•A partir desse enfoque, a Teoria das Representações Sociais encontra sua gênese nos estudos de ciências como a sociologia, a antropologia, a psicologia clínica e social, que, ao longo dos tempos, procuraram explicar o pensamento e a conduta dos indivíduos, bem como, suas transformações.

Ao reconhecer o valor das contribuições advindas do estudo dessas disciplinas, Moscovici tecia críticas às mesmas, entendendo que o conhecimento gerado por elas era fragmentado, já que mantinham um caráter ora individual, ora coletivo. Nesses estudos não havia a conversão do individual para o social e vice-versa, mantendo, ainda, a nítida separação entre o sujeito e o objeto, de acordo com os preceitos clássicos da escola behaviorista.

Na teoria cunhada por Moscovici (1969:5) essa separação inexistia: "*Não existe separação entre o universo externo e o universo interno do indivíduo (ou do grupo). Sujeito e objeto não são forçosamente distintos.*"

Para o autor, o conteúdo de uma informação organiza-se segundo três dimensões essenciais: a informação, o campo representacional e as atitudes.

A informação designa o conjunto de conhecimentos relativos ao objeto, o campo representacional corresponde à organização subjacente desses conhecimentos, levando-se em conta que o indivíduo não detém a totalidade de uma informação, e, a atitude refere-se às tomadas de posição diante do objeto de representação.

Esse conjunto será compatível com a visão de mundo do sujeito, a qual é influenciada diretamente pela experiência que o indivíduo detém sobre o objeto, levando-se em conta aspectos cognitivos, como esteriótipos, protótipos, e scripts.

Dessa forma, o indivíduo não se comporta como ser passivo em relação à informação que recebe, mas exerce papel ativo, tanto na busca e recepção da informação, como na decodificação dos fatos. Inserindo-se em relação ao objeto de informação como sujeito pensante, ativo e reformulador do objeto mesmo.

Para os estudiosos da área, esse é um ponto forte na Teoria das Representações Sociais. Para Moscovici, a sociedade é pensante, o que equivale dizer *que ela não é mera reprodutora de ideologias dominantes e, sim, que, a partir das informações recebidas, ela é capaz de elaborá-las e transformá-las em julgamentos e opiniões que, por sua vez, determinam suas práticas.*

Na perspectiva psicossociológica de uma sociedade de pensante os indivíduos não são "meros portadores" de ideologias ou crenças coletivas, mas pensadores ativos, que mediante inumeráveis episódios cotidianos de interação social, produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si mesmo. Da mesma forma que se trata a sociedade como um sistema econômico ou um sistema político, diz Moscovici (1983), cabe considerá-la também como um sistema de pensamento. Sá (1993:28)

Para Abric (1998), outro estudioso da área, não existe uma realidade objetiva *a priori*. O que existe é uma realidade representada, o que equivale dizer que a informação é recebida e reapropriada pelo indivíduo, ou pelo grupo. Reconstruída no seu sistema cognitivo e integrada ao seu sistema de valores, de acordo com sua história e contextos social e ideológico em que vive.

Caberia nos perguntar se todas as informações são representações sociais? A resposta é negativa.

Segundo os teóricos da área, pensamentos só são consideradas representações sociais quando determinam as práticas de um grupo específico, identificando as representações sociais como verdadeiras "Teorias do Senso Comum" por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade.

Denise Jodelet (1989:39), principal colaboradora de Moscovici, assim define representações sociais: *"Representações Sociais são uma forma de conhecimento,*

socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social."

Poderíamos ainda perguntar, por que os indivíduos têm necessidade de construir representações sociais?

A resposta é atribuída à necessidade humana de se transformar o não familiar em familiar. Algo como retirá-la do anonimato perturbador para dotá-la de genealogia e incluí-la num complexo de palavras específicas, para localizá-la, de fato, na matriz de identidade da nossa cultura.

Dessa forma, para Jodelet (1984), a representação não é entendida como uma cópia da realidade e, sim, a tradução dessa realidade, pois o sujeito, que é ativo, a retrabalha e a interpreta. Portanto, a representação apresenta-se na interseção entre o percepto e o conceito, apresentando duas faces: a figura e o símbolo, que são inseparáveis.

Segundo Sá (1996), a teoria das representações sociais atualmente encontra-se em um campo de franca expansão e tem sido constantemente enriquecida com novas concepções complementares à Grande Teoria - esta última entendida como a teoria originada pelos estudos de Moscovici. Dentre elas, encontra-se a teoria do Núcleo Central.

Segundo Abric (1998), o núcleo central, ou o núcleo estruturante, é dado pela análise da história do grupo, de suas experiências de vida. Ou melhor, por sua base histórica, social e psicológica.

A partir dos elementos centrais da representação, cria-se ou reelabora-se a significação de outros elementos constitutivos da representação. Assim, o Núcleo Central é determinado, por um lado, pela natureza do objeto representado, e, por outro, pelo tipo de relação que o grupo mantém com esse objeto, sendo permeado pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ideológico do momento e do grupo.

Para esse autor, as Representações Sociais são compostas por um conteúdo e por uma estrutura. A estrutura é específica e particular de um grupo.

O Núcleo Central tem ainda duas funções e uma característica importante. As funções seriam:

- 1) Função organizadora, entendida como aquela que determina a natureza e a relação entre todos os elementos que estão na representação social, conferindo sua organização e coerência. Além disso, tem a propriedade de ser o elemento mais estável de uma representação, garantindo a continuidade de sua estrutura, dentro de contextos móveis e evolutivos. Ou seja, favorece a resistência à mudanças. Dessa forma, podemos entender que toda mudança ocasionada no núcleo central produzirá, obrigatoriamente, uma mudança na representação social de determinado objeto;
- 2) Função geradora, entendida como aquela que confere significação à Representação Social. O Núcleo Central possui ainda uma propriedade de estabilidade, pois resiste a mudanças, uma vez que elas provocariam mudança global no significado da representação social. Para se afirmar que duas representações sociais são idênticas, será preciso que ambas sejam organizadas em torno de um mesmo núcleo central. Assim, as representações que possuam o mesmo conteúdo serão diferentes se forem organizadas em torno de núcleos centrais diferentes.

O estudo no núcleo central das Representações Sociais da Enfermagem é de fundamental importância para fornecer pistas que justifiquem porque as práticas de enfermagem mantêm características religiosas de laços profanos e sagrados, advindas de tempos remotos, originadas em sociedades também remotas, com características diferentes da sociedade.

Vale, ainda acrescentar que, de acordo com Abric (1998), em torno do núcleo central organizam-se os elementos periféricos, que conferem natureza funcional à representação.

O Sistema periférico permite que a representação ancore-se na realidade do momento. Seus componentes são mais acessíveis, mais vivos e mais concretos. Possuem ainda três funções, a saber:

- 1) Função de concretização: constitui a interface entre realidade e núcleo central, o que permite a ancoragem da representação social;
- 2) Função de regulação: mais leves que os elementos centrais, os elementos periféricos têm um papel essencial na adaptação da representação, permitindo a adaptação das evoluções do contexto. Assim, informações novas ou as transformações do meio ambiente podem ser integradas na periferia da representação;
- 3) Função de defesa: o sistema periférico funciona como um sistema de defesa da representação, constituindo uma espécie de pára-choque das representações. Dessa forma, mudanças de ponderações, interpretações novas, deformações funcionais defensivas, integração condicional de elementos contraditórios são processadas no sistema periférico.

Na concepção de Abric (1998), podemos, ainda, acrescentar que esses dois componentes, o núcleo central e o núcleo periférico, apresentam-se como duplo sistema, onde cada um tem um papel específico e complementar à outra parte. E é a existência desse duplo sistema que permite compreender as características básicas da representação, que podem parecer contraditórias, já que se apresentam, ao mesmo tempo, estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, consensuais e marcadas por fortes diferenças individuais.

Um outro aspecto importante na teoria é a relação entre organização da representação e seus processos de transformação. Em outras palavras, é a relação entre práticas sociais e representações que, para Abric (1998), pode ser formulada

nos seguintes termos: O que acontece quando os atores sociais são levados a desenvolver práticas sociais em contradição com seu sistema de representação?

Segundo o autor, três tipos de transformação são possíveis:

- 1) Transformação resistente: É o caso onde as práticas novas e contraditórias podem ainda ser gerenciadas pelo sistema periférico e por mecanismos clássicos de defesa: interpretação e justificação, racionalização, referência a normas externas à representação. A representação se caracterizará pelo aparecimento, no sistema periférico, de esquemas estranhos que evitam o questionamento do núcleo central, permitindo uma transformação que implica somente o sistema periférico, ao menos durante um certo tempo, pois a multiplicação de esquemas estranhos acaba por induzir a transformação do núcleo central.
- 2) Transformação progressiva da representação: Esse tipo de transformação ocorre quando as práticas novas não são totalmente contraditórias ao núcleo central. A transformação da representação vai então se efetivar sem ruptura, ou seja, sem explosão do núcleo central. Os esquemas ativados pelas práticas novas vão, progressivamente, integrar-se aos esquemas do núcleo central e fundir-se com estes para constituir um novo núcleo e, assim, uma nova representação;
- 3) Transformação brutal: Enfim, quando as novas práticas atacam diretamente o significado central da representação, sem possibilidade de se fazer uso dos mecanismos defensivos do sistema periférico, há uma transformação direta e completa do núcleo central e, conseqüentemente, de toda representação.

As constantes mudanças advindas da rápida produção do conhecimento, e das conseqüente transformações impostas à vida sócio-político-econômico e cultural das sociedades, têm afetado a vida do hospital e de todos aqueles que exercem suas práticas cotidianas nesse ambiente.

Este estudo interessa-se por um grupo específico, o dos profissionais de enfermagem. Contudo, não se perdendo de vista a importância de todos os grupos na interação e construção da realidade vivenciada pelo grupo focado.

Baseada no entendimento dado pela Teoria das Representações Sociais de que o conhecimento é construído na interação do indivíduo com o meio, entendemos que um esforço se faz necessário para identificar as representações do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar.

Segundo Guimelli (1994) a possibilidade de mudanças de uma representação social sobre determinado objeto está diretamente relacionada ao significado que novas interpretações a respeito desse mesmo objeto tenham para determinado grupo. Ou seja, um grupo só vai sentir a necessidade de "reconstruir" a representação que forjou sobre determinado objeto, quando percebe que, se não o fizer, perderá o controle da situação, possibilitando o surgimento de eventos suscetíveis de ameaçar sua organização atual, colocando em risco a identidade e a coesão entre seus membros.

Muito se tem escrito sobre os desconfortos e constrangimentos sociais experimentados na prática cotidiana do fazer da Enfermagem. Esses desconfortos são traduzidos, segundo Agudelo (1995), sob qualquer olhar que se lance na realidade do trabalho do grupo em questão.

Transparecem desde as desgastantes condições de trabalho, até um processo anárquico de trabalho no qual não se dá conta das reais necessidades de saúde da população, bem como, do elevado custo da formação universitária. Esses desconfortos acabam colocando em xeque a qualidade da atenção prestada pelos profissionais.

Para a autora, essa situação requer maior consciência do problema, sugerindo a necessidade de se repensar os atuais programas de formação de enfermeiras e auxiliares em função da dinâmica dos serviços de saúde. É necessário que haja uma relação harmônica entre a academia e campo de trabalho, possibilitando à enfermagem a organização da categoria com propostas que permitam quebrar a

história de opressão e injustiça social que lhe têm sido impostas. As práticas sociais baseadas nessa história de opressão urgem ser transformadas.

A enfermagem, no entanto, não consegue vislumbrar essa necessidade. Perpetuando uma realidade baseada numa cultura de autoritarismo e submissão, ela compromete sua valorização como profissão, sua identidade e o exercício pleno de sua cidadania.

Ficam, então, no ar algumas perguntas: O que pensa sobre sua prática de trabalho o profissional que exerce suas funções em condições tão adversas e, não obstante, é a viga mestra do hospital? O que sustenta suas ações? O que nos mantém inseridos no campo de trabalho?

Nesse contexto, parece-me que a metodologia das representações sociais é capaz de apontar caminhos que indiquem as respostas a essas questões. Isso não apenas por considerar os aspectos subjetivos inerentes à relação do sujeito com o mundo, mas, também, por seu caráter facilitador de compreensão da evolução da ação sobre as atitudes e sua influência social e, ainda, por ser uma poderosa ferramenta de organização interna de transformação social.

Sendo assim, a teoria e a metodologia das Representações Sociais é, no meu entendimento, aquela que melhor se adequa a este estudo, visto que considera também importante a possibilidade de acessar as questões da intersubjetividade presentes na representação da enfermagem que trabalha no espaço hospitalar.

Não poderia, no entanto, deixar de fazer referência à identidade pessoal com a liberdade e criatividade que a teoria e o método permitem ao pesquisador.

PARTE III

A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A FÁBULA MITO DE HIGINO.

"Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo, pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

" Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta esse espírito por ocasião da morte dessa criatura.

Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer.

Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil

(Extraído da obra Saber Cuidar de Leonardo Boff)

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ENFERMAGEM HOSPITALAR, SOBRE O SEU TRABALHO E CIDADANIA.

O objetivo desta pesquisa, é conhecer as representações sociais que a enfermagem tem acerca de seu fazer nos hospitais do Distrito Federal, bem como verificar suas representações sociais sobre cidadania.

Optamos pela realização de dois estudos, em que foram utilizados métodos que propiciaram análises quantitativas e qualitativas.

O primeiro estudo teve o objetivo de apreender o conteúdo das representações sociais dos profissionais de enfermagem do DF, enquanto que o segundo objetivou a identificação do Núcleo Central das representações sociais desses profissionais.

ESTUDO 1

O SIGNIFICADO DE ENFERMAGEM E CIDADANIA.

Nesse estudo, buscou-se apreender, através de entrevistas, o significado de enfermagem para os profissionais que atuam no contexto hospitalar, bem como, a sua representação acerca da cidadania.

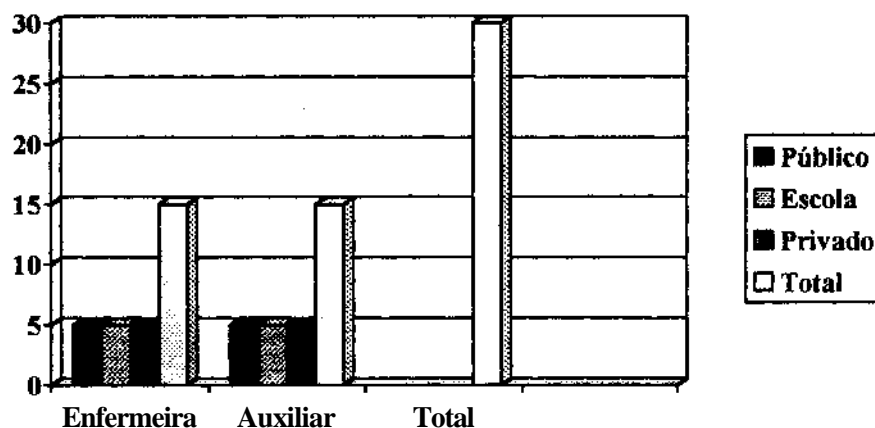
Através dos discurso dos sujeitos, pretende-se ter acesso às suas representações acerca da enfermagem, para tanto aprimorado na afirmação de Claudine Herlich, colaboradora de Moscovici que trabalha numa vertente historicista das representações sociais.

Para a autora, as Representações Sociais, produzidas ao longo do processo sócio-histórico, revelam, através do discurso do sujeito, sua realidade, condição de classe e seu lugar dentro do processo produtivo.

Campo de estudo: Hospitais públicos, universitário e privado do DF. A escolha de instituições diversas prendeu-se ao pressuposto de que, apesar de objetivarem o mesmo fim, ou seja, a prestação de cuidado de saúde no nível terciário, guardam entre si formas diferentes de privilegiar o fazer de suas práticas cotidianas, determinando, portanto, diferentes perfis, que são moldados aos seus trabalhadores.

Sujeitos: Participaram desse estudo trinta profissionais de enfermagem². Os sujeitos foram enfermeiras(os) e auxiliares de enfermagem, sendo 19 do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Foram subdivididos em 15 profissionais de nível superior e 15 profissionais de nível médio. Em cada instituição foram entrevistados dez profissionais (50% de nível superior e 50% de nível médio). O único critério para fazer parte desse estudo foi o de exercer atividades nas instituições acima descritas. Os sujeitos receberam a garantia de anonimato e foram identificadas de S-1 à S-30.

FIGURA 1: *Distribuição dos participantes por instituição e categoria.*



Instrumento: O instrumento utilizados nesse estudo foi a entrevista com roteiro semi-estruturado. Para (Abric,1994) "a entrevista para a coleta do conteúdo da representação parece inevitável". Assim se inquiriu o participante sobre seu cotidiano de trabalho, procurando detectar seus significados, bem como, as relações de exclusão no espaço

² Dados do COREN-DF informam que o quantitativo de profissionais de enfermagem até 22/12/99 era de 15728., deste total 13,86% são constituídos pela profissional enfermeira.

hospitalar, a fim de perceber o significado da cidadania e da prática social de suas ações em seu fazer diário.

Procedimento de Coleta de Dados: Os dados foram coletados entre novembro de 1999 e março de 2000 pela pesquisadora e duas colaboradoras devidamente treinadas. A escolha das instituições foi baseada no consenso das mesmas. Foi encontrada certa dificuldade na obtenção do aceite da instituição do setor privado.

O local e horário das entrevistas foram definidos em função da disponibilidade das (os) participantes. As entrevistas foram realizadas individualmente em local reservado, no próprio ambiente de trabalho. Inicialmente foi explicada a finalidade da pesquisa e formalizado o pedido de permissão para o uso de gravação em áudio.

No decorrer da entrevista, os sujeitos foram incentivados a falar das suas práticas cotidianas através de perguntas indutoras e da organização do seu trabalho no dia-a-dia de forma livre. Entretanto, houve intervenção das entrevistadoras visando esclarecimentos no discurso em questão. Os sujeitos mostraram-se solícitos e dispostos a colaborar. Porém, no hospital universitário, expressaram claramente a queixa de não serem informados sobre o resultados de outras pesquisas das quais participaram.

O procedimento de Análise dos dados: Os dados obtidos foram transcritos e analisados com auxílio do *software* Alceste (análise lexical por contexto de um conjunto de seguimentos de um texto). Este *software* foi utilizado para analisar quantitativamente os dados textuais. Esse instrumental tem como base as leis de distribuição do vocabulário nos textos, sejam de origem verbal ou escrita. A análise estatística propõe descobrir as informações essenciais contidas no texto, obtendo assim enunciados simples. As palavras características desses enunciados são identificadas e contribuem para o refinamento a partir da análise do Qui-quadrado, (teste estatístico não-paramétrico) das associações de palavras dentro de classes estudadas e na análise fatorial de correspondência múltipla. Os resultados quantitativos dão os fundamentos para a análise qualitativa, a partir das respostas as questões formuladas, após elaboração de categorias reajustadas. A definição de tais categorias tem por objetivo o agrupamento dos conteúdos verbalizados

e a definição de parâmetros para a compreensão dos temas identificados na fala do conjunto dos respondentes do estudo.

As análises foram processadas no Laboratório de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB)³.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

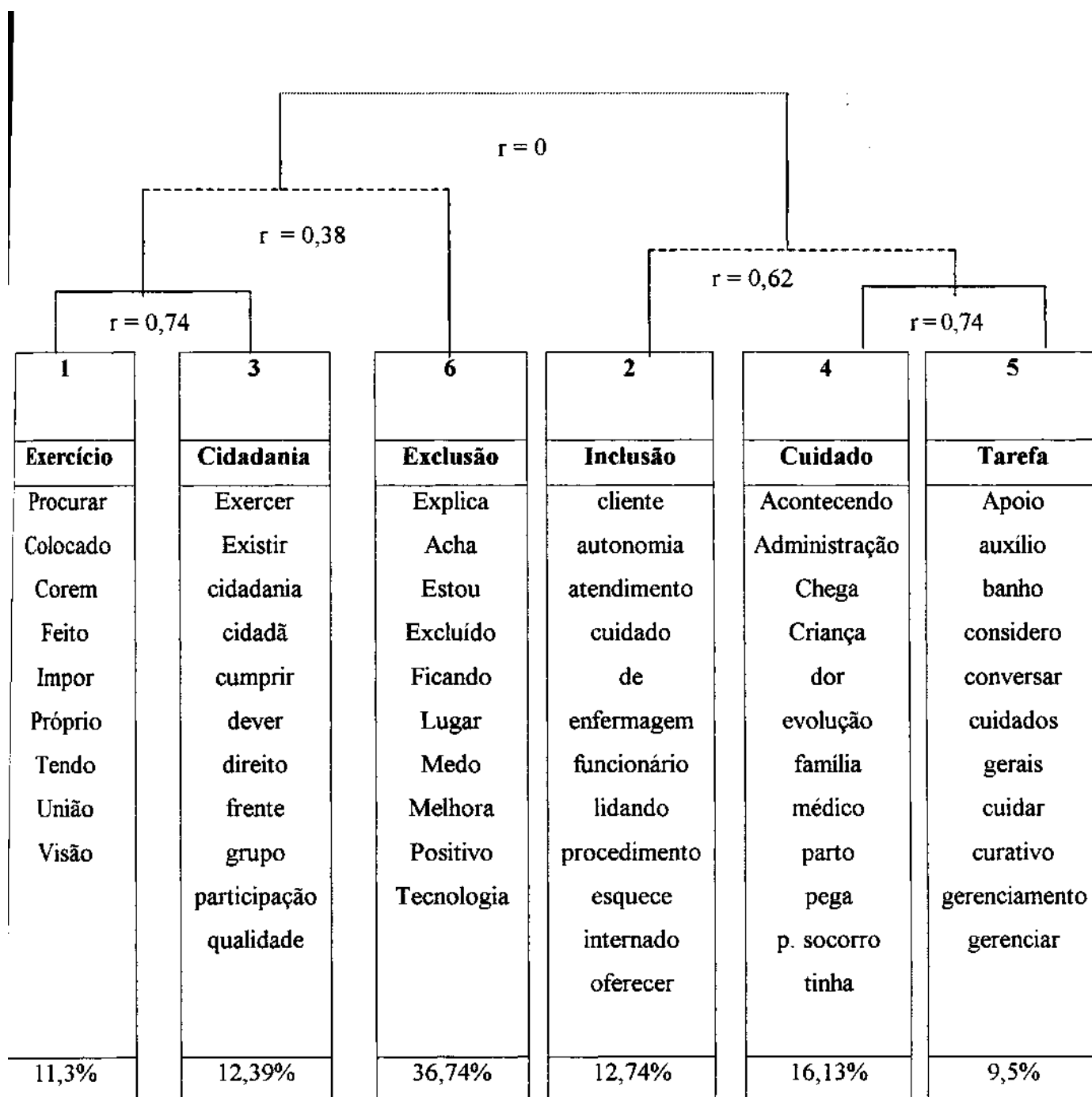
Após análise da totalidade das entrevistas e, em um segundo momento, a análise do discurso dos sujeitos por vínculo institucional, foi possível compreender o conteúdo das representações sociais dos sujeitos participantes. A partir do discurso desses sujeitos, emergiram seis classes de palavras que denominamos: *exercício*, *cidadania*, *exclusão*, *inclusão*, *cuidado* e *tarefa*, que se constituíram da seguinte forma:

3.1- Trabalho e Cidadania para as enfermeiras do DF - O campo comum das representações sociais.

Trata-se aqui de analisar o conjunto das entrevistas realizadas, confundindo-se todos os sujeitos participantes desse estudo. Portanto, nesse momento da análise, tomados os discursos dos 30 sujeitos, independentemente das instituições em que trabalham. Nosso objetivo, com essa análise foi o de encontrar o campo comum das representações sociais de enfermagem (trabalho X cidadania), razão pela qual desconsideramos, nesse momento, as diferentes inserções institucionais dos sujeitos.

Os dados foram processados pelo mestrando Aldry Sandro Monteiro Ribeiro.

Fig 2: CAMPO COMUM DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS



Esse nível de análise revela que existem dois blocos claramente distintos, organizando as representações sociais da enfermagem, independente de seu *locus* institucional, em duas dimensões. A primeira remete-nos à idéia de cidadania (agrupa as classes 1,3,6), sendo que a garantia dos direitos sociais aparecem como algo

afirmativo da cidadania, e a falta de conhecimento como a negação dessa mesma cidadania. A Segunda dimensão remete-nos ao objeto do trabalho da enfermagem -o cuidar, o qual, por sua vez, é evocado tanto a partir da tarefa, como em processo com a tarefa, como em produto do trabalho da enfermagem. De qualquer, forma é importante ressaltar que o cuidar - tarefa da enfermagem - é o discurso apreendido como o mecanismo de garantir sua inclusão no mundo do trabalho.

Passemos agora a uma análise mais detalhada, examinando cada uma das classes encontrando suas relações internas.

A figura 1 apresenta seis classes de acordo com seu grau de relação. Observa-se uma forte relação entre as classes 1 e 3, como também entre as classes 4 e 5, e estas com a classe 2. Para efeito de compreensão da análise, esclarecemos que o Alceste considera as relações estatísticas com valores acima de 0,5 como mais significativas e denominadas fortes, enquanto que as relações abaixo deste ponto são consideradas menos significativas e denominadas fracas. Assim, quanto mais próxima de 1, mais forte será a relação. Da mesma forma, quanto mais próxima de zero, mais fraca será a relação. As relações fortes são representadas por linhas contínuas e as fracas por linhas tracejadas.

Vale ainda acrescentar que a força da relação entre as classes é expressa pela proximidade dos conteúdos dos discursos dos sujeitos, ou seja, as classes 1 e 3 que aparecem fortemente relacionadas referem-se a cidadania. Enquanto a primeira expressa a idéia do exercício cidadão, a segunda expressa a cidadania propriamente dita.

A classe 1 é composta por palavras das quais podemos depreender o significado do exercício da cidadania. Nela, os verbos *procurar*, *impor*, *ter*, *colocar*, *fazer* aparecem plenos de significado de algo imperativo a ser conquistado, conjuntamente com as palavras *união*, *próprio*, *visão* e *Coren* (Conselho Regional de Enfermagem), expressando, assim, o anseio da categoria, representando a idéia básica de requisitos necessários para inserir-se como cidadão no contexto hospitalar.

O significado de conquista pode ser identificado por meio dos extratos dos seguintes discursos:

"A gente tem que procurar fazer a nossa parte." (S-18)

"A gente deve se impor, não só se impor como enfermeiro, mas como enfermagem em geral, acaba tendo que resolver porque não existe uma rotina criada pelo próprio hospital, pela própria enfermagem no geral." (S-17)

A necessidade de união emerge nos extratos abaixo:

"É, isso prejudica muito, atrapalha o trabalho da enfermagem no país hoje. Tendo mais união, as equipes se interagindo mais, deixando de lado certos preconceitos, de certas profissões estão acima, outras estão abaixo, a enfermagem mais abaixo ainda."

A classe 3 explicita o que os profissionais entendem como cidadania, onde as palavras *direito*, *dever*, e *participação* deixam clara esta idéia, exemplificados no extrato de discurso a seguir.

"Mas acho que ser cidadão é participar, não pode ficar esperando as coisas acontecerem, tem que cumprir seus deveres, procurando entender, ter que correr atrás de seus direitos da forma correta."

A classe 6 mantém fraca relação com as classes 1 e 3 mas, apesar da fraca relação estabelecida entre essas três classes, podemos depreender que a falta de conhecimentos interfere no exercício da cidadania. A classe 6 representa, por meio dos termos *tecnologia* e *ficando*, formas de exclusão no trabalho e, não, exercício cidadão, seja pela necessidade de conhecimentos para o desempenho de sua prática.

Essa necessidade é expressa nos extratos dos discursos abaixo:

"Eu mesma já estou há vinte anos como auxiliar de enfermagem, mas a gente precisa aprender mais. A gente precisa muito ser reciclado. Precisa estar atualizando mais. A gente vai ficando de um jeito que fica difícil, tem que estudar, se atualizar." (S-

4)

" Eu acho positivo, não a tecnologia muito avançada, a gente trabalha com alguns equipamentos, assim algumas pessoas tem dificuldades." (S-6)

As classes 2, 4 e 5 encontram-se fortemente relacionadas. Todas elas referem-se ao objeto de trabalho da enfermagem - o cuidar. Na classe 2, os termos *autonomia*, *atendimento*, *cuidado de enfermagem* nos remetem à idéia de inclusão no trabalho a partir do fazer da enfermagem representadas pelos seguintes extratos de discurso:

"Intervindo de forma que leve o conhecimento, que muitas vezes ele desconhece (paciente), o enfermeiro está acostumado a buscar informações de procedimentos técnicos, todos voltados para a assistência, quando, na verdade, ele tem que trabalhar o ser humano. Ele tem que trabalhar a ele mesmo." (S-23)

As classes 4 e 5 refletem o trabalho da enfermagem, entretanto, os significados são diferentes. Enquanto a primeira denota uma idéia de cuidado como processo, a segunda traduz uma idéia de cuidado como tarefa, ou seja, produto. A visão de tarefa é identificada no discurso dos auxiliares de enfermagem, o fazer percebido de óticas diferentes denuncia forte estratificação no trabalho, e podem ser apreendidas no extrato dos seguintes discursos:

"Por exemplo, quando a gente pega uma criança toda chumbada, toda pitizada e a gente percebe que aquela criança tem condições de sair íntegra, sem seqüelas, e aí ela vai para o seio da mãe, vai para o alcoon (alojamento conjunto) e logo ela vai para casa." (S-12)

"Cuidado direto com o paciente. Auxiliamos sob a supervisão do enfermeiro. Medicação, curativo, verificar sinais vitais. Tudo de acordo com as ordens médicas e sob supervisão do enfermeiro." (S-3)

Observa-se que entre as classes 1, 3, 6 e 2, 4, 5, a relação é igual a zero, denotando que entre esses dois conjuntos de classe não há relação significativa, porque parece que os profissionais não estabelecem uma ligação entre cidadania e seu trabalho.

Possivelmente, a idéia de cidadania emergiu a partir dos questionamentos realizados pela pesquisadora quanto à cidadania e à conexão com trabalho de enfermagem. Essas classes deixam claro o apartamento existente entre as visões de direito e exercício de cidadania no trabalho de enfermagem. As questões relativas à cidadania são percebidas pelos sujeitos do estudo como exclusão ou inclusão no trabalho, não extrapolando, portanto, a consideração dos direitos de que recebe ou promove os cuidados.

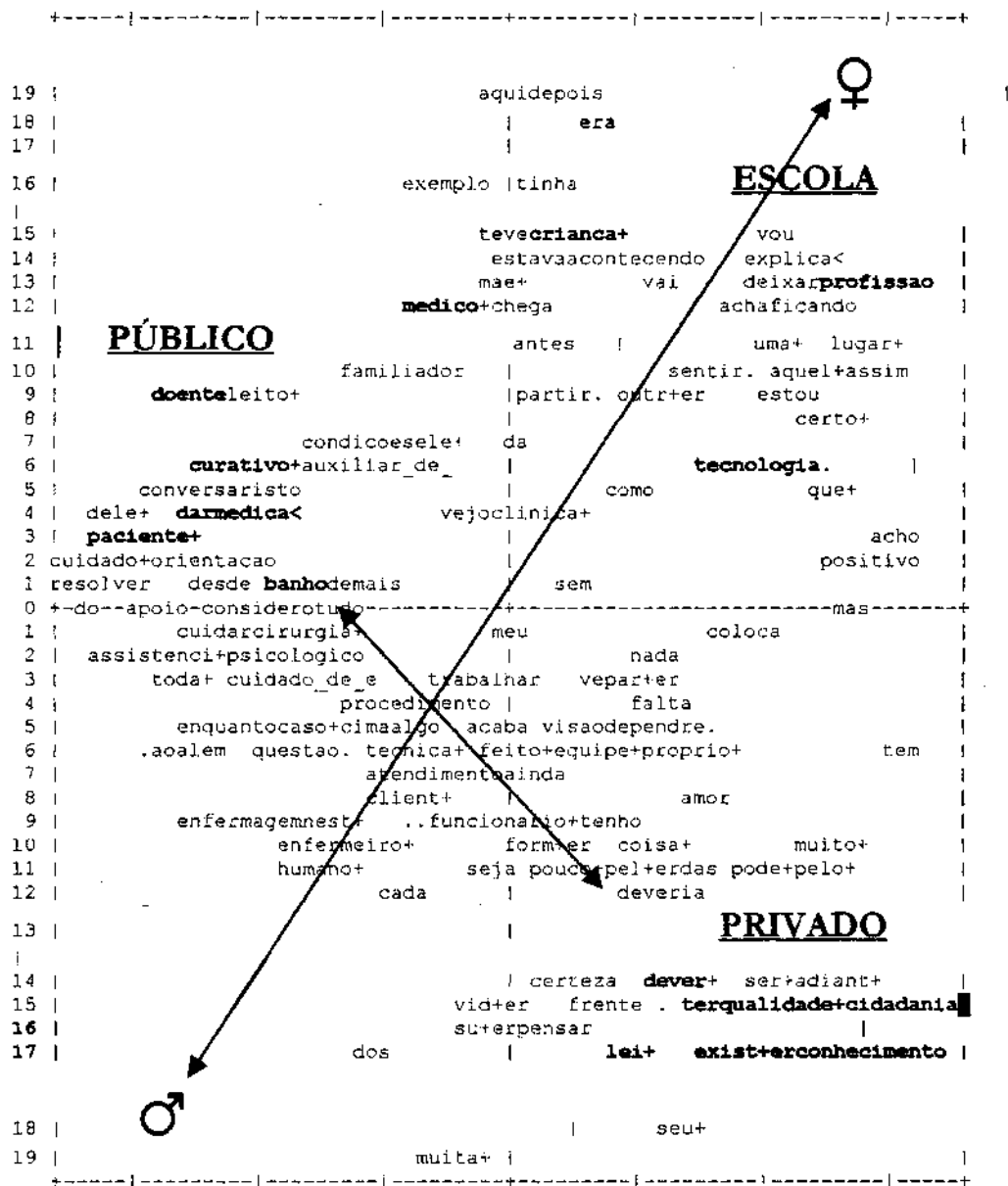
Mas será que esse discurso é monolítico? As diferentes inserções institucionais, ou mesmo outras variáveis consideradas nesse estudo (idade, sexo, posição na carreira, tempo de serviço), não estariam levando nossos sujeitos a significarem diferentemente o trabalho da enfermagem e a cidadania?

Uma análise fatorial de correspondências múltiplas foi realizada pelo Alceste com o objetivo de identificar possíveis diferenciações individuais e grupais.

Considerando o distanciamento entre os dois conjuntos de classe, e privilegiando o objeto do presente estudo, buscou-se um aprofundamento maior na questão relativa à categoria cuidado, inserida na classe do trabalho de enfermagem a partir de uma análise de correlação entre as três instituições (Figura 3).

3.2- AS DIFERENÇAS INDIVIDUAIS E GRUPAIS

Fig- 3 Resultados obtidos através de análise fatorial de correspondência.



A análise desse gráfico se faz pelo exame das relações de proximidade geométrica entre as três instituições, e por projeções em dimensões que podem ser identificadas a partir das palavras em destaque no gráfico.

3.2.1 A visão assistencialista dos profissionais dos Hospitais Públicos.

As palavras *dar medicação, paciente, doente, banho e médico* agregam-se e destacam-se como uma dimensão de caráter assistencial às quais são típicas dos sujeitos inseridos, ou exercendo sua profissão em Hospitais Públicos.

O grupo de profissionais que atendem nos hospitais públicos percebe o cuidado como uma tarefa. Podemos inferir que, muito provavelmente, essa representação está presente em função dos determinantes históricos da profissão, como também pela demanda excessiva no atendimento.

Tal contexto propicia à enfermagem a não reflexão de sua prática, deixando, assim, de perceber o indivíduo que recebe cuidados como sujeito de direito de uma ação. Nessa ótica, o cuidado para profissionais de Hospitais Públicos assume uma dimensão assistencialista. Essa idéia é exemplificada no extrato do discurso abaixo:

V cuidado de enfermagem para mim é atender o paciente em todas as suas necessidades. Cuidado é zelar para que esses cuidados sejam feitos, de medicação, de banho, de conversa. É tudo isso." (S-3)

"Então, além da realização profissional, é a maneira que se tem se ajudar. Cuidados de enfermagem são técnicas que se praticam para oferecer ao paciente mais conforto e melhor bem-estar." (5-2)

322- A visão tecnicista dos profissionais do Hospital Escola.

No Hospital Escola, as palavras que aparecem como representativas do cuidado são: *profissão, excluído, tecnologia, criança*. Para esse grupo, o cuidado assume o significado de manejo correto dos procedimentos que possibilitem o aprendizado da técnica.

Dessa forma, o sujeito a ser cuidado, quando comparado à técnica, é secundário ao procedimento. É importante ressaltar que essa visão tecnicista é forjada

em um ambiente fortemente hierarquizado em função da meritocracia do saber, colocando o profissional/aprendiz em constante situação de avaliação pelos superiores (os professores médicos e enfermeiras).

Palavras como lugar, certo, exclusão evidenciam a preocupação com o manejo certo dos procedimentos, o reconhecimento do seu lugar nas relações de trabalho e a possibilidade de exclusão quando de uma atuação inadequada.

Entretanto, a palavra criança surge enquanto sujeito de ação justificada talvez pela idéia da aproximação da imagem da enfermeira como mulher e mãe, reforçando o papel social da maternidade como natural da mulher. Pode, também, ser vista como sujeito indefeso, necessitando de maior atenção e ajuda.

Para Guilhem (2000:199), " No contexto HIV *as crianças são patrimônio da humanidade, precisam se defendidas*".

O extrato a seguir é exemplo dessas idéias:

"Acredito, olhando de fora, que as pessoas achem que é apenas um trabalho de enfermagem. Mas a gente que está atuando atua mais como se fosse a mãe daquela pessoa, no caso o recém nascido. É como se fosse um filho." (S-12)

"...carinho com a criança. O recém-nascido que está nascendo agora, está vindo ao mundo que ele não conhece." (S-13)

Nesse sentido, o cuidado no hospital escola é entendido como manejo adequado de procedimentos, assume uma dimensão tecnicista, transformando-se em refugio da técnica capaz de sanar um evento de doença. Esse olhar é explicado pelo enfoque biologicista que permeia as ciências da saúde e a filiação patrilínea dos cuidados de enfermagem.

O extrato a seguir exemplifica este olhar:

"Conjunto de procedimentos e técnicas usados na assistência ao paciente internado." (S-20)

"Fazer prescrição de acordo com a patologia e efetivamente repassar os conhecimentos que tem, coordenar e supervisionar o serviço que está sendo feito." (S-16)

3.2.3- A visão da qualidade do produto dos profissionais dos Hospitais Privados.

No Hospital Privado as palavras que representam o cuidar são: *ter qualidade, cidadania, ter conhecimento, lei, dever e cliente*. O cuidado é percebido como meio de prover uma assistência de qualidade e dever dos profissionais.

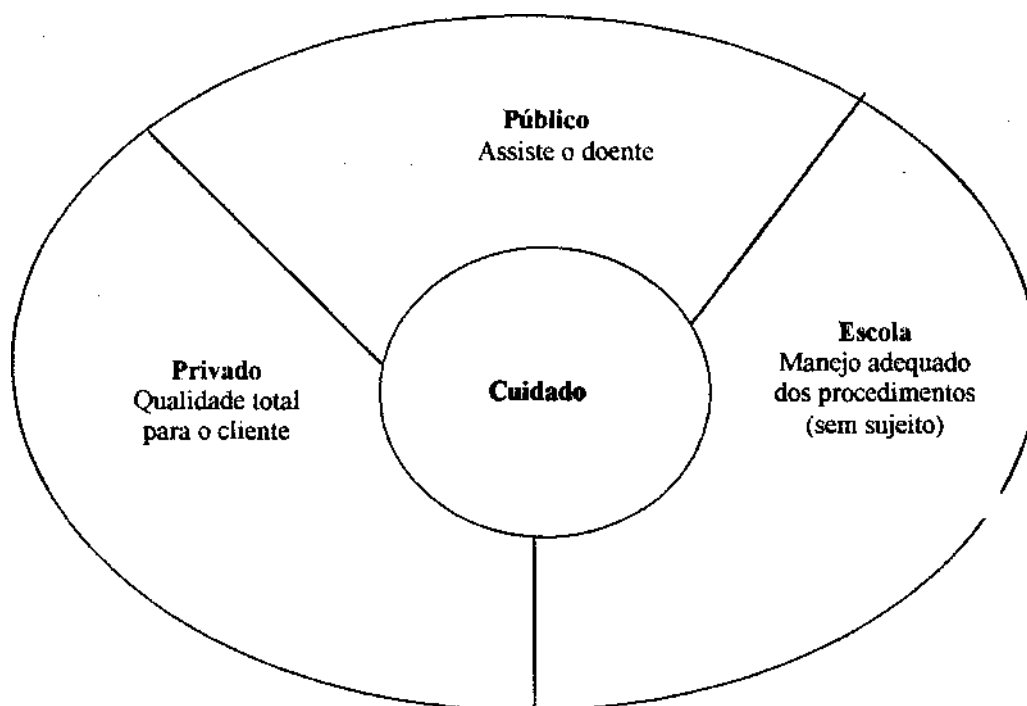
Para esse grupo, o sujeito dos cuidados é o cliente, visto como consumidor do produto oferecido (cuidado). A visão humanizada não traduz avanços, pois a abordagem se mantém biologicista e hospitalocêntrica. Nessa ótica, o cuidado assume a dimensão de produto. Tal dimensão é exemplificada no extrato abaixo:

"Exatamente é trabalho de enfermagem. Eu garanto um excelente atendimento ao cliente internado e não internado, o ambulatorial." (5-24)

Observa-se que o discurso do hospital escola assume claramente a dimensão do discurso feminino, enquanto que o discurso masculino se situa entre as visões publicista e privatista dos profissionais de enfermagem, transparecendo as relações de gênero que perpassam as representações sociais da enfermagem.

A análise do Alceste possibilitou-nos, construir o diagrama abaixo (Figura 3), demonstrando que, de um modo geral, os profissionais de enfermagem têm como campo comum das suas representações a idéia de *cuidado*, sendo que essa idéia partilhada pelo grupo como meio de definir suas práticas e de desenvolver seu trabalho assume significados diferentes em função da inserção profissional dos sujeitos nos diferentes tipos de instituições hospitalares.

Fig. 4 - Representação Social do trabalho da Enfermagem: campo comum das representações grupais e individuais.



O cuidar, entretanto, não é visto como finalidade do processo, mas, como uma tarefa que deve ser cumprida e direcionada àquele que necessita de ajuda, ou prestação de serviço. Nesse enfoque, a profissão não assume o estatuto de trabalho, identificando-se antes com um sacerdócio.

Então, esse cuidar conforma-se em distintas dimensões(assistencialista, tecnicista, qualidade do produto) a depender da inserção institucional do pessoal de enfermagem. Assim, parece-nos que os profissionais de enfermagem não têm a clareza de que o cuidado é objeto de seu trabalho e que sua profissão é uma prática social.

Nos três campos institucionais, o cuidado não leva em consideração as peculiaridades do sujeito. Vale ressaltar que o profissional enfermeira está distanciada do mesmo, ocupando-se, na maioria das vezes de questões administrativas, delegando aos auxiliares de enfermagem o cuidado direto dos doentes.

Considerando-se a estratificação social do trabalho e as relações de poder que permeiam o fazer da enfermagem, tais delegações dos cuidados aos auxiliares de

enfermagem podem ser percebidas como tarefa, sem contextualização no processo de trabalho.

Segundo Waldon (1999:43), o cuidado é uma genuína característica da realização humana, pois demanda criatividade, compromisso, e acumula a capacidade de gerar mudanças.

No cuidado humano existe um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo, que não é apenas para fazer aquilo que satisfaz, mas ajuda a construir uma sociedade com base em princípios morais. Isso permite construir uma história da qual se tenha orgulho.

Collière (1999) afirma que não há clarificação do conceito de cuidado para os profissionais de enfermagem. Isso prejudica a delimitação do seu campo de competência e, como consequência direta, a conformação de sua identidade.

Para a autora, o cuidado pode ser traduzido, também, como um "*processo de empoderamento do indivíduo*", despertando a capacidade do ser de mobilizar-se, desenvolver-se e utilizar-se para poder existir, sendo uma ação libertatória.

Patrício (1996:55) reafirma a noção de cuidado como prática de criatividade e libertação, e assim define o cuidar.

Ê cultivar a vida, é desenvolver ações de promoção de vida e tratamento de limitações ao bem-viver dos seres humanos em harmonia com a natureza; um processo de educação para a vida saudável, incluindo a garantia de democracia em todos os seus sentidos, políticos e afetivos.

Entendemos que o cuidado, longe de ser uma ação dirigida aos que dependem de consciência, é antes uma ação de conscientização das possibilidades que o indivíduo possui dentro de si e que permitem assegurar e promover a vida, traduzindo-

se como estratégia de conscientização dos direitos de quem cuida e de quem é cuidado. O homem é o foco do cuidado.

A seguir, passaremos a uma análise mais refinada do conteúdo das representações dos profissionais, considerando seu vínculo institucional. Para tanto, foram realizadas 3 análises, em separado, através do Alceste. Uma para cada um dos 3 grupos: público, escola e privado.

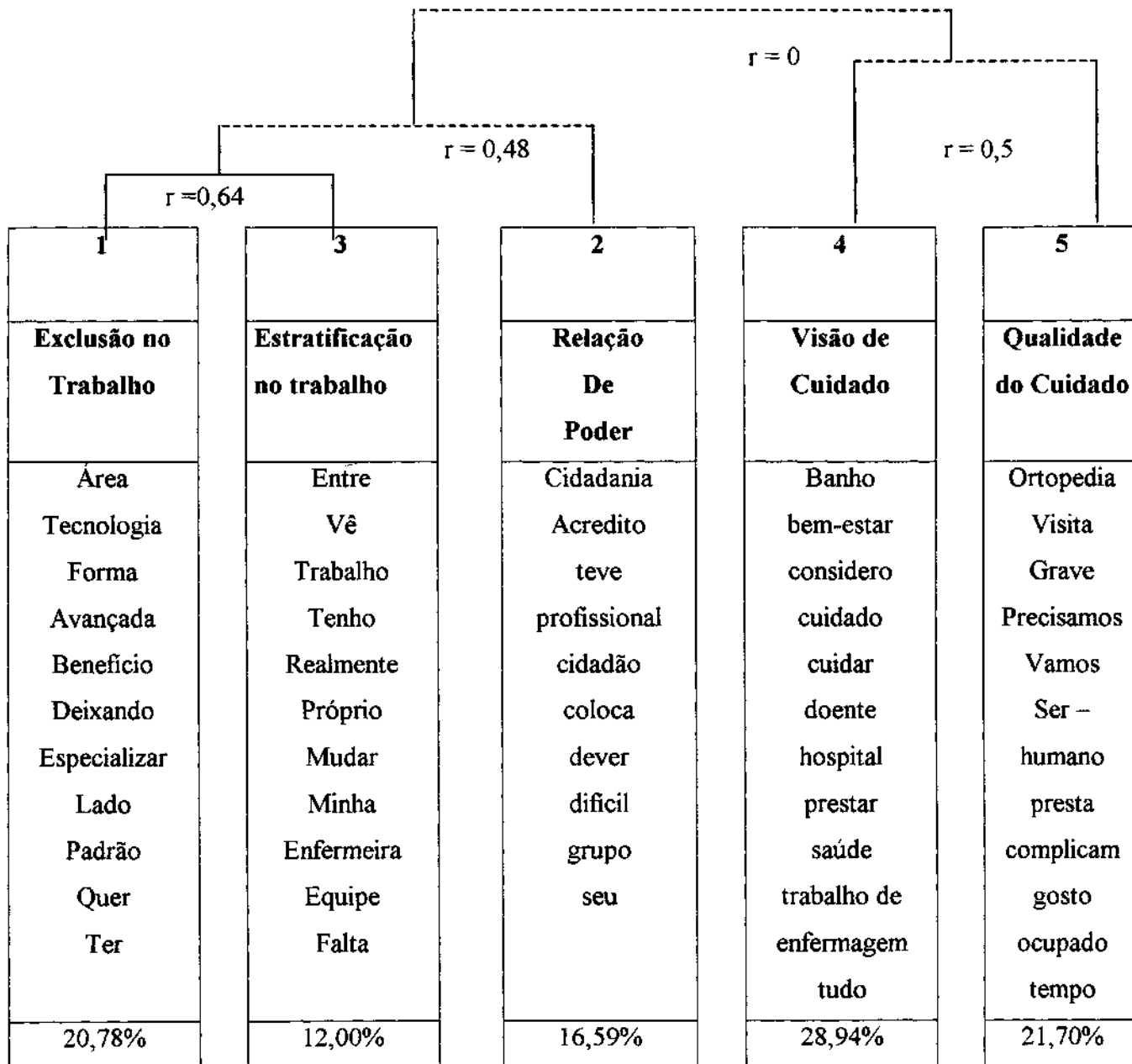
3.3- AS DIFERENTES INSERÇÕES INSTITUCIONAIS ANCORANDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS: PÚBLICO, ESCOLA E PRIVADO.

A partir da análise do conteúdo das representações sociais em separado por instituição, obtivemos os resultados demonstrados a seguir:

3.3.1 - *A organização interna do conteúdo das representações sociais de enfermagem dos profissionais inseridos em hospital público.*

Do discurso desses profissionais, emergiram cinco classes de palavras. As classes 1 e 3 estão fortemente relacionadas, sendo que a exclusão e a estratificação no trabalho aparecem como indicadores impeditivos da construção da identidade profissional. Vale ressaltar que no cotidiano há uma efetiva dificuldade de constituição dos sujeitos coletivos.

Fig; 5 - Hospital Público.



A análise da figura 4, revela a existência de dois grandes blocos. Um formado pelas classes 1, 3 e 2, que denotam as relações de poder no trabalho, geradora de discriminações e exclusão. Outro formado pelas classes 4 e 5 que se referem ao trabalho da enfermagem lembrando a idéia de cuidado, sendo que na classe 4 o

cuidado se refere ao doente e, na classe 5, o cuidado se refere à materialização do trabalho da enfermagem.

Esses dois blocos aparecem em franca oposição, de tal forma que podemos entender que o poder da enfermagem (aumentado no cuidado) e o cuidado com o doente não são suficientes para se constituírem em elemento de inclusão no trabalho no hospital público.

As palavras *tecnologia*, *deixando*, *padrão* presentes na classe 1 expressam formas diferentes de exclusão no trabalho. Apontam ainda a missão institucional e formação baseada em modelos. Esse aspecto é focado no extrato dos discursos a seguir:

"Essa fragmentação existe. Isso vai muito pela questão do indivíduo. Existe discriminação mesmo, você acaba isolando algumas pessoas e deixando de lado porque acha que ela não está dentro daquele padrão que a enfermagem, ou um setor, adotou como certo." (S-10)

"Será que a tecnologia está ajudando? Eu confio no meu tato. Na área de enfermagem a tecnologia está estagnada. Tudo o que usamos é antigo. A tecnologia seria positiva se a enfermagem tivesse acesso a ela. Alguma coisa que fosse funcional, não quero controle remoto." (S-9)

As palavras *enfermeiro*, *equipe*, *trabalho* na classe 3 evidenciam a estratificação nas relações de trabalho, o que dificulta a constituição de sujeitos coletivos. Tal estratificação é exemplificada nos discursos abaixo:

"Devido à hierarquia que se criou dentro da clínica, tem determinadas coisas que você gostaria de fazer, mas não pode porque existe uma cadeia que precisa ser seguida e lhe impede de tomar determinadas atitudes no trabalho." (S-2)

"De manhã aconteceu uma confusão. Ao invés da pessoa ligar para a enfermeira da clínica médica para resolver o problema, ligou direto para o chefe de equipe, então, ele veio aqui com tudo, desacatou a auxiliar, sem saber que a vaga estava bloqueada," (S-8)

As classes 4 e 5 têm forte relação e dizem respeito ao cuidado, embora o enfoquem sob ângulos diferentes(visão e autonomia). A classe 2 relaciona-se fracamente com as anteriores e enfoca as relações de poder no âmbito do trabalho.

Na classe 4, os termos *hospital, prestar, cuidado, bem-estar* remetem-nos à idéia da assistência como tarefa a ser cumprida, conferindo assim um caráter de massificação, onde o sujeito do cuidado passa a ser um número de atendimento. Os extratos a seguir exemplificam essa idéia:

"Enfermagem é cuidar do paciente que está doente, precisando de auxílio, de medicação, de apoio." (S-5)

"Enfermagem, para mim, é o cuidado que a gente tem com a saúde do paciente. Paciente é aquela pessoa que está na instituição hospital." (S-3)

A classe 5 destaca as palavras *ser-humano, visita, grave, tempo*, denotando uma qualidade no cuidado que se pratica, conferindo aos sujeitos profissionais uma percepção de maior autonomia e qualidade de ações. Os estratos abaixo ilustram esse tipo de discurso.

"Visita ao paciente, principalmente paciente grave que merece uma visita para a gente formar um plano de assistência e cuidados especiais." (S-9)

" Quando você trabalha o ser-humano, você trabalha o resto de tudo que ele precisa." (S-1)

Na classe 2, os termos *cidadania, acredito, profissional, difícil, grupo*, e deixam transparecer o não exercício de cidadania dada pelas relações de poder.

"Não. A autonomia é difícil por várias influências. Não sei nem te explicar de imediato. Mas não temos autonomia. Temos a influência de vários grupos de profissionais querendo opinar na enfermagem." (S-6)

"Temos nosso salário, o nosso emprego, mas não temos cidadania por completo." (S-9)

É nesse grupo que vamos detectar uma maior consciência da exclusão dada pelas condições de trabalho, também dificuldades que vão desde a estratificação social

no trabalho, passando por excesso de burocracia, massificação do cuidado que compromete o atendimento, até questões relativas à política institucional e partidária.

A forte exclusão associada à estratificação social no trabalho colocam os profissionais de enfermagem no limite da crise social em seu cotidiano de trabalho, possibilitando-lhes a condição de melhor avaliar a dimensão social. Assim, conseguem articular um discurso que denota maior consciência crítica da situação de desvalia. Vale ressaltar que essa consciência pode levar a uma imobilidade, repercutindo nas possibilidades de transformação social.

Os extratos de discurso a seguir, ilustram essa consciência.

A estratificação social do trabalho: *"Essa visão enfermeiro é enfermeiro, auxiliar é auxiliar. Sabe diz-se dentro dos hospitais que a coisa funciona como uma equipe multidisciplinar, mas no fundo não é nada disso."* (S-2)

Excesso de burocracia: *"Tem muita coisa burocrática, detalhes administrativos. A gente acaba fazendo o serviço até por falta de secretaria."* (S-10)

Demanda que compromete a qualidade do cuidado: *"É uma demanda muito grande para poucos leitos. O que está acontecendo é mais acidente, mais imprudência, mais stress. Nós precisamos de 46 funcionários e estamos trabalhando com 28."* (S-9)

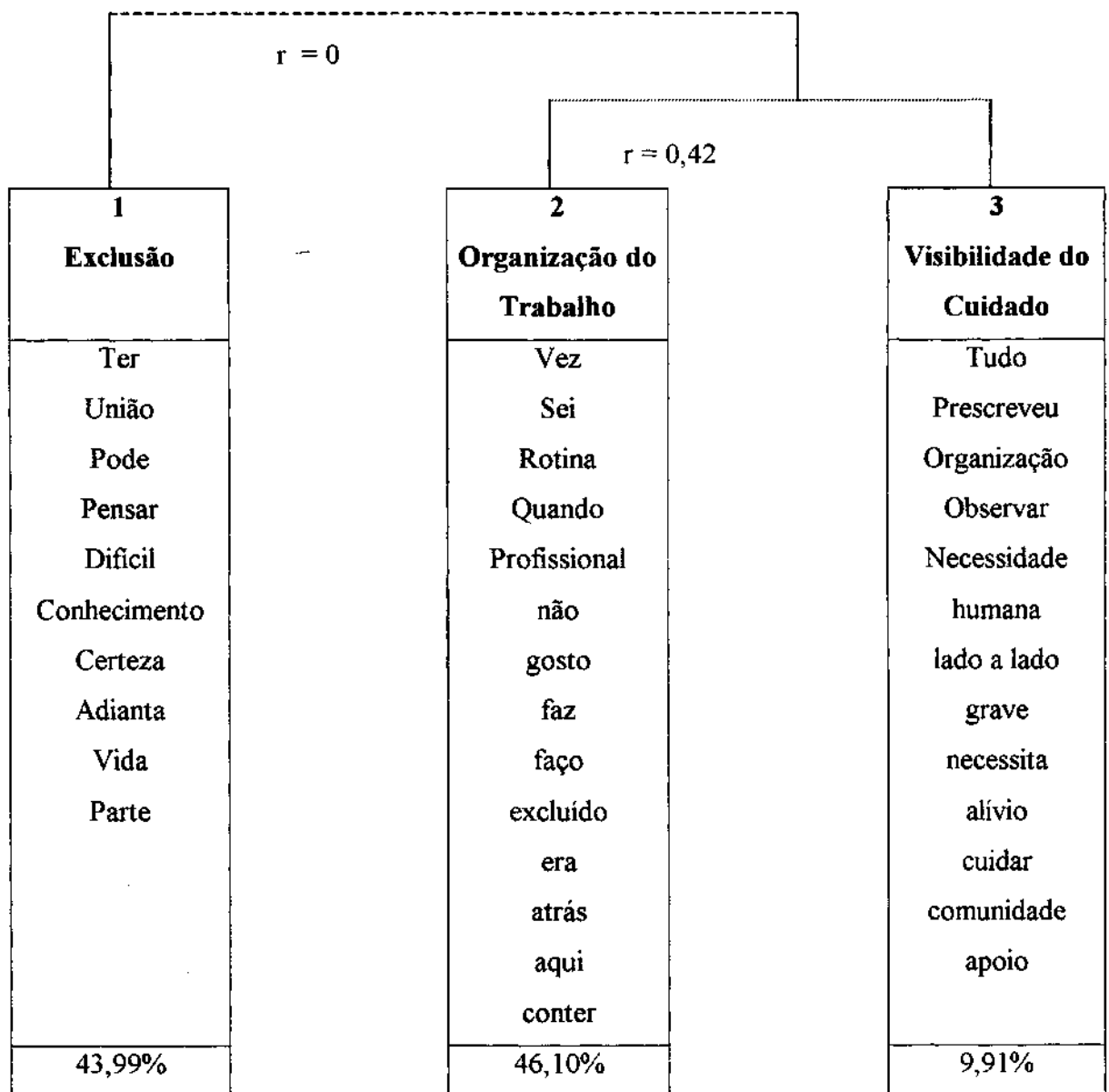
Política institucional: *"Qual a meta que temos que alcançar? A gente não tem produtividade, mas será que não tem realmente? Ver o resultado do trabalho, quantos paciente a gente tem. A gente não tem estatística."* (S-10)

Política partidária: *"A gente sabe que acontece, sim, divergências políticas."* (S-7)

3.3.2- A organização interna do conteúdo das representações sociais da enfermagem dos profissionais do Hospital Escola.

A análise do conteúdo do discurso das entrevistas dos profissionais do Hospital Escola revelou 3 classes, relacionadas como exclusão, organização do trabalho e visibilidade do cuidado.(Figura-5)

Fig. 6- Hospital Escola.



Observa-se que as classes 2 e 3 mantêm fraca relação $r = 4,2$. Entre as classes 2 e 3 a relação é igual a zero. Refletindo o discurso fragmentado dos profissionais.

A classe 1, constituída pelas palavras *união, difícil, conhecimento*, dá sentido a esse discurso denotando uma representação acerca da exclusão no trabalho.

Os profissionais entendem que o conhecimento pode facilitar uma melhor inserção no espaço hospitalar, permitindo ainda maior entrosamento e aproximação dos indivíduos para uma ação solidária entre seus pares, convergindo para a construção de sujeitos coletivo. Os extratos dos discursos a seguir ilustram a idéia de exclusão.

"É difícil de falar porque, por mais que a primeira ou segunda pessoa tente melhorar o serviço, isso só será possível com reuniões, com palestras, com estudos entre grupos no próprio setor. Precisamos ficar mais unidos, a enfermagem é muito desunida ainda." (S-11)

"A enfermagem é muito desunida, ainda, apesar de ser um grupo grande é preciso ter mais união, porque senão não vai prá frente." (S-14)

Na classe 2 as palavras *rotina, profissional, excluído e não* se referem às questões relacionadas a liderança, motivação e envolvimento, refletindo na organização do trabalho (normas, rotinas).

Essa constatação é afirmativa àquela que os profissionais têm acerca do cuidar como manejo correto de procedimento, visto que o não domínio exato da técnica implica em uma deterioração da qualidade do cuidado. Assim, há uma crítica à fragilidade da organização do trabalho, a qual, por sua vez, atrapalha o manejo correto e desejado dos procedimentos técnico, portanto, dos cuidados. Essas idéias estão presentes nos extratos dos discurso abaixo.

"Os umidificadores: eu até pensei em fazer uma rotina mas vai ficando assim." (S-16)

"A gente perguntava....onde está isso? Ah pergunta para o auxiliar que ele fica mais aí...Como se faz isso? Ah, não estou acostumada a fazer isso, fico aqui na escala." (S-17)

As questões relacionadas à motivação e envolvimento podem ainda ser explicadas pela sobrecarga individual de trabalho a qual os sujeitos são submetidos para preservar sua sobrevivência. Parte desses profissionais tem contratos que não lhe asseguram garantias trabalhistas. Essa situação gera rotatividade de mão de obra, repercutindo na organização do trabalho.

Essas questões podem ser evidenciadas nos extratos dos discursos a seguir:

"Eu aqui só trabalho à noite, raras vezes durante o dia, só nos finais de semana, por conta de outro serviço." (S-16)

"Eu trabalho aqui de contrato, não tenho direito a nada, a qualquer hora posso ser mandada embora, mas eu amo esse hospital." (S-11)

Na classe 3 as palavras *alívio, prescreveu, observar, apoio, comunidade* dizem respeito à visibilidade do cuidado, que está relacionada à identidade profissional a partir de seu objeto de trabalho - cuidar.

"E a comunidade inteira não conhece o que é enfermagem. Todos que vestem branco é doutor. E o trabalho da enfermeira? Quem fica ao lado da cama dando apoio? Qualquer um que fale uma besteira é enfermeiro." (S-17)

"É você observar o paciente, ter cuidado com ele. Ver o que ele precisa fora do que o médico prescreveu." (S-19)

Nesse grupo, é refletido um discurso fragmentado, que denota-se a partir das fracas relações entre as classes. Entretanto, apesar da fraca relação, podemos depreender que a exclusão, a organização do trabalho e a visibilidade dos cuidados implicam em fatores associados à construção dos sujeitos coletivos na enfermagem que levam a discriminação na sociedade, favorecendo a submissão desses sujeitos a qualquer tipo de trabalho.

Também nesse grupo podemos ainda perceber forte ambigüidade na prática profissional, talvez dada pelo fazer no espaço público que se confunde com o fazer no espaço privado, e que não tem valor no mercado de trabalho. Assim, a profissão é vista como um serviço de ajuda que remonta a era monástica onde era um sacerdócio que visava salvação. Essa percepção imprime uma conotação de sacrifício ao fazer da enfermagem, que é sublimado pelo amor e dedicação.

Os profissionais vivenciam sérias dificuldades, conferida pela dura natureza do trabalho e pela exclusão, articulam essa exclusão em suas falas, porém, com pouca clareza do cerne da questão, e maior consciência crítica das dificuldades às quais são submetidas em seu cotidiano.

Essas questões são apontadas nos extratos de discurso a seguir.

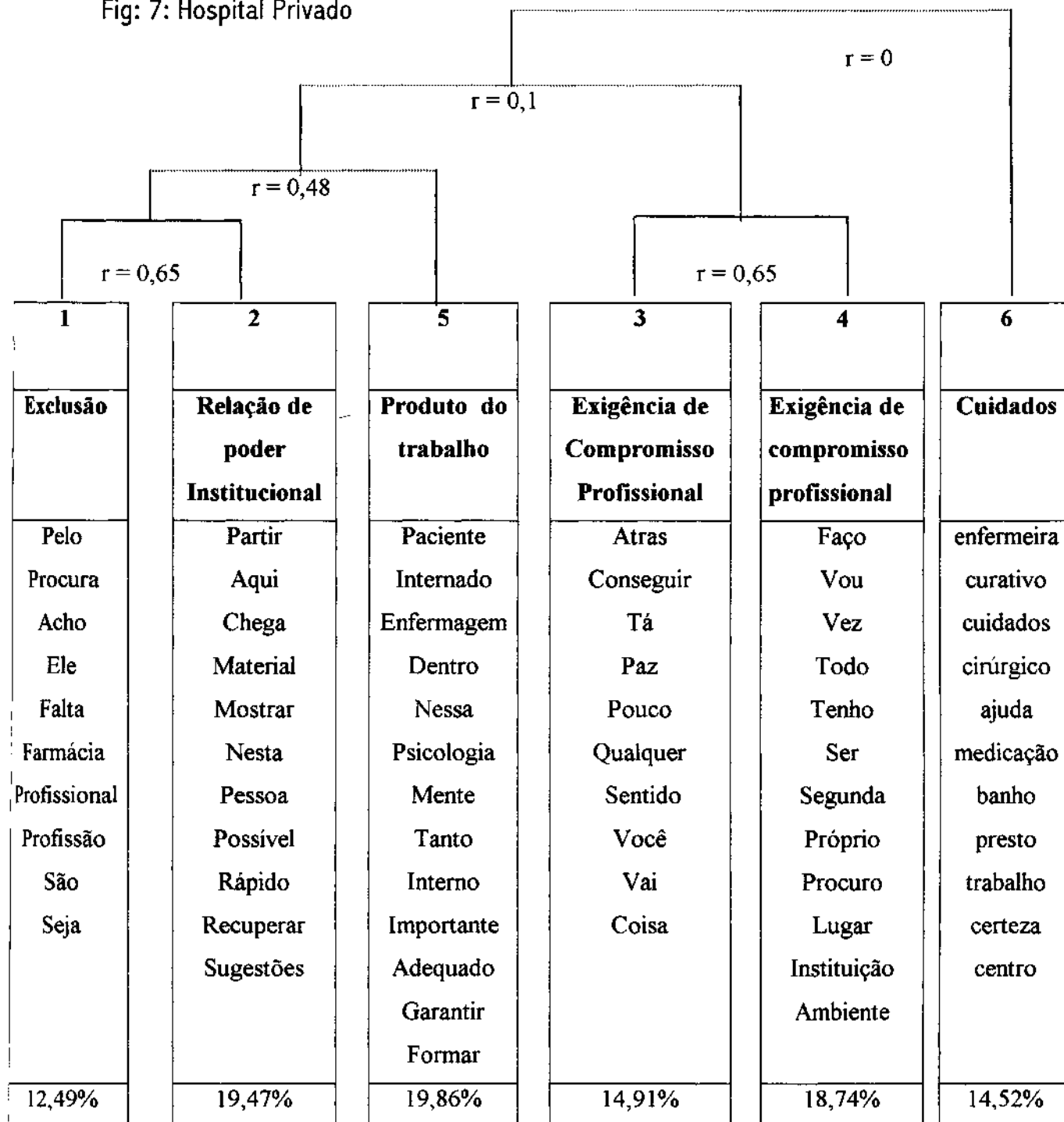
Amarra religiosa : *"Minha família era muito católica, e minha mãe dizia: minha filha, você reza e vê em qual profissão você vai ficar melhor. E eu fiz isso."* (S-16)

Questões de gênero: *"Isso compensa tudo, não precisa nem salário."* (S-12)

Visão de sacrifício. *"Mexe com secreção, faz lavagem intestinal. A gente gosta de fazer isso? Não gosta. Mas tendo amor pelo ser humano, você faz estas coisas. Quando o sacrifício é feito com amor tudo é superado."* (S-11)

3.3.3 - A organização interna do conteúdo das representações de enfermagem dos profissionais inseridos em hospital privado.

Fig: 7: Hospital Privado



A análise do discurso desses profissionais revelam 3 blocos em oposição, os blocos constituídos pelas classes (1, 2 e 5) se opõem ao bloco constituído pelas classes 3 e 4, a classe 6, no entanto, constitui um bloco isolado. As 6 classes, foram representadas da seguinte forma: *exclusão, relação de poder institucional, produto do trabalho, exigência de compromisso profissional, exigência de compromisso como adaptação.*

A classe 1, que sintetiza a idéia de exclusão, vem fortemente relacionada com a classe 2, a qual nos remete às questões de poder na instituição. A classe 2 está fortemente relacionada com a classe 1, ambas tratam da relação de poder dada pelo reconhecimento do trabalho, pela hierarquia e pelos seus pares. As classes 1 e 2 relacionam-se, ainda que fracamente, com a classe 5 que descreve o produto do trabalho da enfermagem - o cuidar

Na classe 1, as palavras *profissional, acho, seja que*, expressam exclusão no trabalho, seja do ponto de vista institucional, seja do ponto de vista individual. A exemplo do observado na análise dos hospitais públicos e escola, a superação da exclusão deve se dar através do acesso ao conhecimento. As relações inter e intra-equipe no espaço hospitalar refletem, da mesma forma que nos grupos anteriores, a dificuldade de construção do sujeito coletivo, dado também pela estratificação como pela exclusão no trabalho.

"Falta nas instituições o investimento no aperfeiçoamento. Acredito muito na educação em serviço, acho essencial. Assim como é obrigatória um CCIH, acho que a educação em serviço é obrigatória. É preciso investir no profissional, para que ele seja melhor." (S-22)

"Sim, excluídos não só pela própria enfermagem. Mas excluídos por outras categorias. Mas acho que são excluídos porque eles mesmos não acreditam na sua profissão ou no seu potencial." (S-23)

A classe 2, representada pelas palavras *pessoas, rápido, possível, material*, denotam aspectos da relação de poder institucional que ultrapassam as fronteiras das

suas atividades, sendo exigida uma postura de envolvimento que vai desde o delineamento positivo da imagem institucional até o controle de custos (patrimônio e consumo de energia). Essas idéias são expressas nos estratos de discurso a seguir.

"Ouvem lá fora sobre infecção, gente morrendo no hospital. É não deixar as pessoas verem isso. É mostrar o outro lado, dizer que ela está aqui, vai se recuperar o mais rápido possível." (S-Z7)

"Até nisso você é responsável. Em estar diminuindo os custos da parte material. Acho que é muita responsabilidade, não só com a parte dos móveis: mesa, cadeira e até o que é gasto, tipo luz." (S-22)

A classe 5 reúne palavras como *enfermagem, garantir e internado*. Essas palavras juntas descrevem o produto do trabalho desse grupo de profissionais, transparecendo o peso da missão institucional que desloca o objeto do trabalho dos profissionais para sua finalidade, ou seja, uma prestação de serviço de qualidade.

"Cuidados de enfermagem seriam o meio para o equilíbrio do paciente, que seria, no caso, o seu fim. O cuidado é apenas um meio. O cuidado, em outras palavras, seria o procedimento adequado a cada tipo de paciente." (S-23)

"Planejamento, muito treinamento dos profissionais, ao lado do meu núcleo de educação continuada. Procuo, porque sempre acreditei que uma chefia de enfermagem, na gerência de enfermagem, a grande obrigação é garantir um atendimento humanizado ao paciente internado." (S-24)

Na classe 3, esse compromisso assume o sentido de uma ação de transformação. As palavras *atrás, pouco, coisa e paz* evidenciam as representações dos profissionais, denotando um compromisso expresso em uma ação de mudança, presente nos discursos abaixo.

"Eu quero um pouco mais de autonomia. É você poder intervir, frente a algum tipo de assistência, algum tipo de organização. É você fazer um projeto, implementar e ver a coisa crescer." (S-22)

"Você vai atrás de quem faz o serviço, para orientar como tem que fazer, porque o setor fica um pouco mais em paz também neste sentido." (S-21)

Na classe 4, o compromisso profissional significa acomodação. As palavras *ambiente, faço*. evidenciam um compromisso profissional expresso também por uma ação, porém, não de mudança de uma situação e, sim, por um ato de adaptação ao espaço profissional. Essa ação é exemplificada nos discursos a seguir.

"Sempre tenho que estar buscando aprender mais. Cada vez que eu busco aprendizado na minha vida, significa que eu estou valorizando aquilo que faço." (S-28)

"Eu é que faço o ambiente de trabalho. Porque por mais que eu tenha problemas, nenhum ser é perfeito. Nós somos imperfeitos". (S-27)

As classes 3 e 4 estão fortemente relacionadas, podemos depreender pelos discursos que a classe 3 apresenta um discurso que revela um certo compromisso com mudanças institucionais. Em contraposição, na classe 4 emerge um discurso de compromisso adequação ao espaço institucional, tendo como sujeitos típicos as auxiliares de enfermagem.

Podemos inferir que a formação universitária talvez atue na questão de construir um comprometimento com a mudança. A formação pouco científica dos auxiliares pode estar levando-os a adotar condutas de repetição das rotinas nas quais expressariam a adaptação com o espaço institucional e as relações de estratificação no trabalho.

Pode-se depreender também desse discurso, que esta "exigência de compromisso" corresponde a estratégias individuais de adaptação ao espaço institucional (normas, regras, inter-relações), visando minimizar o sofrimento no trabalho.

Na classe 6, sem relação com os dois blocos anteriores, as palavras *trabalho, presto, curativo, enfermeira* dá sentido às representações que esse grupo tem acerca do cuidado, denotando a visão de tarefa a ser cumprida, convergindo com a representação do grupo de profissionais dos hospitais públicos.

"Cuidado dos pacientes cirúrgicos. O trabalho de rotina. Tipo banho no leito, cuidado do pré e pós operatório, presto auxílio. Você indica não só o prático, mas escuta os pacientes e tenta resolver, na medida do possível." (S-27)

"Supervisiono o trabalho de auxiliares, distribuo atividades dos auxiliares, presto assistência na execução da atividade mais complexas como: curativo e sondagem." (S-25)

A classe 6 apresenta uma relação nula com as demais, evidenciando que, para esses profissionais, a representação de cuidado encontra-se desarticulada das demais representações do trabalho de enfermagem. Isso pode ser justificada talvez pelo fato do cuidado nesse grupo ser apenas o meio e, não, a ação finalista do processo de trabalho.

Para esse grupo, a ação finalista foi evidenciada na classe 5, que é a qualidade, ou seja, a missão institucional.

Nesse grupo, detectamos um discurso que denota maior satisfação no trabalho, referido por autonomia, percebida como condição *sine qua non* para o trabalho, ou percebido como compromisso pessoal e/ou prerrogativa dada pela instituição. Os estratos de discursos a seguir ilustram essa concepção.

Autonomia como condição *sine qua non*. *"Não trabalho sem autonomia, nem aqui, nem em instituição nenhuma." (5-24)*

Autonomia como compromisso pessoal: *"Eu tenho autonomia, o profissional é que cria a autonomia dele". (S-25)*

Autonomia como prerrogativa institucional: *"Eu acho que tenho autonomia porque, no ambiente em que me encontro, as pessoas me dão autonomia para fazer do jeito que eu gosto. Claro, seguindo as técnicas corretas como sou orientada". (S-28)*

Podemos inferir que o discurso de qualidade total inseriu no âmbito do Hospital Privado essa premissa como ponto de partida para obtenção de resultados satisfatórios.

Ao finalizar a análise do conteúdo dos três grupos institucionais estudados, temos a possibilidade de estabelecer comparações e diferenças entre os mesmos. Algumas questões merecem nossa consideração e reflexão.

Os três grupos traduzem exclusão, com o não acesso aos conhecimentos e a estratificação social do trabalho. Essas, por sua vez, são traduzidas como falta de condições dignas de trabalho. Tal aspecto é ampliado no hospital escola pelas questões de gênero e *status*.

No âmbito das discussões sobre direitos humanos, vincula-se o conceito de diversidade, entendido respeito a diferentes modalidades - racial, étnica, lingüística, religiosa, idade, sexo, estilo da vida e outras, tal como previstos na Convenção 111/OIT.

As questões de gênero transparecem nas falas que descrevem a profissão como um "serviço" de amor. O *status* é revelado no conteúdo de comparações de menor valia do trabalho da enfermagem quando comparado ao de outros profissionais, por exemplo, os médicos.

A relação de gênero é também percebida pela visão que os profissionais têm acerca dos que são excluídos, atribuindo àqueles toda responsabilidade dada pela falta de compromisso com a profissão, comunicado em expressões como falta de dedicação ou falta de amor.

Transparece no discurso feminino o constrangimento por não se adaptar a normas sociais, como se sobre seus ombros repousasse toda responsabilidade pelas patologias sociais.

No Hospital Escola encontramos o discurso que mais se aproxima da fala queixosa da mulher, detectando suas dificuldades. Entretanto, sente-se, por força de um construto social de desvalia, impedida de reverter a situação, denunciando as questões relativas ao gênero e ao trabalho no fazer da enfermagem.

No conteúdo do discurso dos profissionais do Hospital Privado podemos detectar uma representação de compromisso profissional conferida pelo paradigma da

qualidade. Esses profissionais falam de direitos, autonomia e reconhecimento, traduzindo a fala mais aproximada do gênero masculino. Não se referem à ausência de autonomia.

Assim podemos depreender que, para os profissionais de enfermagem, a não cidadania se traduz também como exclusão no trabalho. Dentro desta perspectiva a OIT - Organização Internacional do Trabalho - em junho de 1958, firmou a convenção nº 111, que trata de discriminação em matéria de emprego e profissão.

Neste enfoque, a discriminação toma a forma de desigualdades no mercado de trabalho, apontando que, embora o mercado de trabalho não seja o único polo de discriminação, é campo fundamental para a igualdade de oportunidades. Considera, entretanto, que muitas desigualdades trabalhistas se manifestam antes de chegar ao mercado de trabalho; por exemplo, o acesso à educação e à formação profissional.

Em uma sociedade onde há discriminação, o processo de segmentação do mercado de trabalho tende a utilizar as diferenças para marcar fronteiras entre os segmentos. Os discriminados têm uma presença importante nos segmentos onde as condições de trabalho são menos favoráveis.

Assim, os profissionais que não têm acesso à educação continuada são discriminados. Sua presença no âmbito hospitalar é acentuada pela diferenças e tendem a constituir-se um grande contingente e a realizar trabalhos caracterizados como manual. Essa discriminação é traduzida como não cidadania.

"Não. Em um hospital que não tem treinamento em serviço, não pode haver cidadania. Alguns profissionais sempre estarão em desvantagem em relação a outros."

(S-16)

A fim de se reduzir as discriminações, algumas políticas de ação têm sido apontadas, entre elas estão as políticas de ação positiva. Como políticas de ação afirmativa, podemos entender as tentativas de avanços em direção a uma igualdade de

oportunidades no emprego, levando-se em conta a eliminação de discriminações e a idéia de igualdade na diversidade.

No espaço de trabalho, entendido também como espaço social, as políticas de ação positiva, apesar das resistências, têm tido impacto inesperado em termos de valores sociais, gerando maior sensibilidade para a discriminação.

A organização de trabalhadores tem tido importante papel na detecção de práticas discriminatórias, através da conscientização de direitos entre os trabalhadores e a incorporação de exigências para promover a igualdade de oportunidades no processo de trabalho.

Talvez essa possa ser uma estratégia importante a ser adotada pelos trabalhadores de enfermagem que, de uma forma mais local, poderiam detectar e apontar a forma mais viável de se diminuir as discriminações. *Segundo Pinto (1994) apud Fonseca (1996: 74) com o movimento feminista a forma de negociação dos pactos políticos foram repensados. "Assim o novo sujeito subverte a ordem da democracia, entendida até então, como diferença na igualdade, enfrentando agora a questão da igualdade na diferença. Distingue duas formas fundamentais: a diferença enquanto expressão da dominação e a diferença enquanto direito".*

ESTUDO 2

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A ENFERMAGEM E CIDADANIA. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE SUA ESTRUTURA

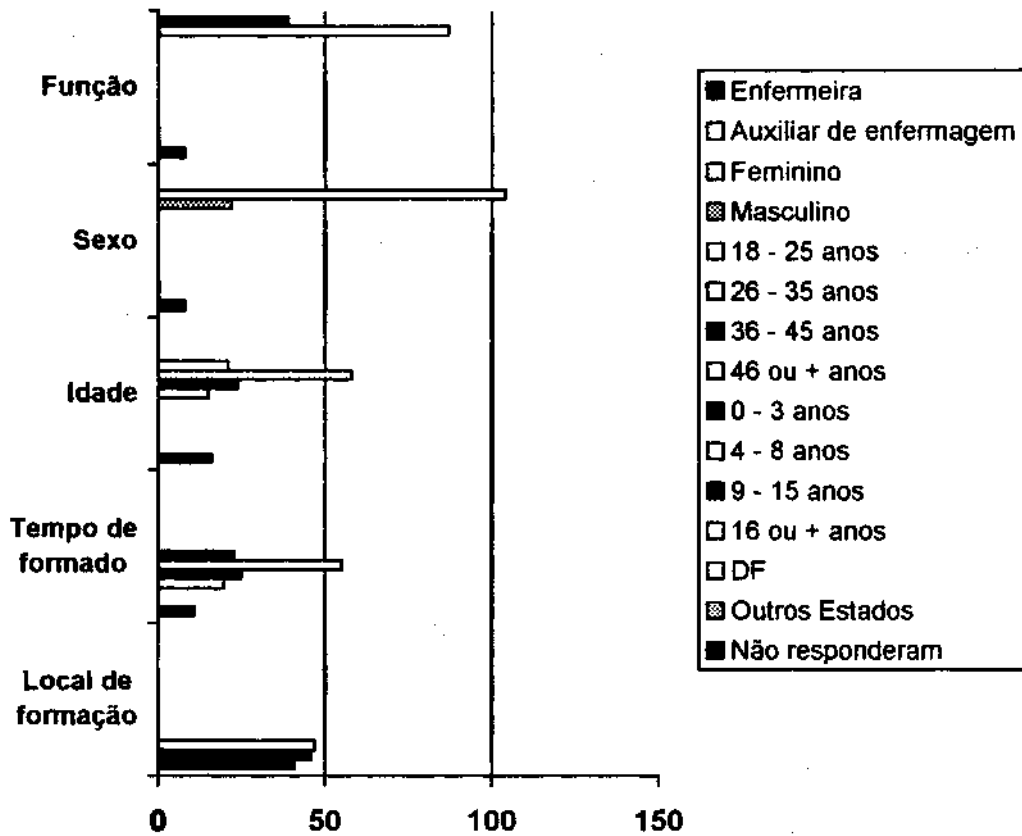
Neste estudo procurou-se conhecer os prováveis elementos centrais das representações sociais entre os profissionais de enfermagem da área hospitalar do DF. Interessamos identificar ainda as semelhanças e diferenças entre os grupos estudados: hospitais público, escola e privados.

METODOLOGIA

Campo de estudo: Hospitais: público, escola e privado do DF.

Sujeitos: Participaram deste estudo cento e trinta e cinco profissionais de enfermagem. Enfermeiras e auxiliares, em exercício de suas funções em uma das três instituições hospitalares do DF. Assim, dividimos os participantes em três sub-grupos iguais, ficando cada um composto por 45 sujeitos.

Fig. 8 - Caracterização dos sujeitos



Instrumento: O instrumento utilizado neste estudo foi um questionário, no qual empregou-se a técnica de associação livre, que consiste em apresentar uma palavra indutora aos indivíduos (correspondente ao objeto representado) e solicitar que produzam todas as palavras, expressões ou adjetivos que lhe venham à mente a partir dela (termos induzidos são iguais a elementos das representações sociais). As palavras indutoras foram: enfermagem e cidadania, e foi solicitado aos participantes que se manifestassem acerca dos dois termos.

Abric (1980) considera que o caráter espontâneo dessa técnica permite ao pesquisador colher os elementos constitutivos do conteúdo da representação, bem como seu núcleo central. Isso explicaria seu sucesso e sua utilização sistemática no estudo das representações sociais por vários pesquisadores.

Uma outra vantagem apontada na técnica de associação livre é a análise do vocabulário e dos temas que eles encerram, ou ainda, a análise dos campos semânticos, comparando-se populações diferentes. Esta seria uma forma de se detectar a natureza do conteúdo da representação.

A técnica de associação livre é também apontada por Guimelli (1994) como um meio eficaz para se ativarem nos esquemas cognitivos de base de uma representação. Isso porque a associação livre pode assumir diferentes formas, sendo que algumas delas possibilita ao indivíduo ser o sujeito do processo de investigação dos elementos centrais e periféricos da representação que ele forjou em determinado objeto.

Procedimento de Coleta de Dados: Os dados foram coletados entre novembro de 1999 e março de 2000, pela pesquisadora e por outros auxiliares. A aplicação desse instrumento foi dificultada pela necessidade dos participantes serem obrigados a interromper suas atividades de trabalho a fim de responder às questões.

Uma queixa expressa era o fato de obrigatoriamente serem compelidos a refletir e ou escrever sobre o assunto. Inferimos que essa queixa reflete o hábito da enfermagem de estar a maioria do tempo vinculado ao fazer, em detrimento do pensar, haja vista que tal desconforto era proveniente, na maioria das vezes, dos profissionais de nível médio, embora também estejam presente na fala de alguns profissionais de nível superior.

Um grande número de participantes solicitou que o instrumento fosse respondido em casa, o que via de regra resultou em esquecimento. Por essa razão, fomos obrigadas a dispor de maior quantidade de material, bem como, abordar um número maior de profissionais que os participantes efetivos deste estudo.

Procedimento de análise dos dados: Os dados obtidos foram transcritos e analisados com auxílio do *software* Evoc, criado por Vergés (1992, 1996). Segundo esse autor, as palavras evocadas mais freqüentemente e mais prontamente pelos sujeitos devem,

muito provavelmente, constituir elementos centrais da representações. As perguntas indutoras de evocação no instrumento de livre associação foram: enfermagem é..., cidadania é...

Dessa forma, o programa permite vislumbrar, além do conteúdo das representações sociais, sua organização interna em função do duplo critério: frequência e ordem de evocação das palavras/ termos.

A partir do cruzamento dos critérios assinalados acima, é definida a relevância dos elementos associados (palavras, frases e expressões) ao termo indutor. Esses resultados são apresentados em quatro quadrantes organizados em dois eixos. O eixo vertical contempla a frequência, enquanto o eixo horizontal a ordem de evocação.

No quadrante superior esquerdo aparecem os elementos mais relevantes que surgem nos primeiros lugares da ordem de evocação com uma frequência significativamente mais elevada que a dos demais termos associados e, portanto, indicadores do núcleo central da representação.

Nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo, são contemplados os elementos menos nítidos quanto ao seu papel na estrutura da representação, embora significativos em sua organização. Esses quadrantes constituíram-se na periferia próxima ou primeira periferia.

Por sua vez, no quadrante inferior direito aparecem os elementos menos frequentes e menos prontamente evocados, correspondendo, assim, à periferia distante ou segunda periferia. As análises foram realizadas no Laboratório de Psicologia Escolar do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB)³.

³ os dados foram processado pelo mestrando Aldry Sandro Monteiro Ribeiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1 - Representações Sociais dos profissionais dos Hospitais Públicos acerca da enfermagem e cidadania

Figura 9: Elementos evocados frente ao termo indutor enfermagem por profissionais de hospitais públicos.(n=45)

		ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO	
		Inferior a 4,2	Superior a 4,2
F R E Q Ü Ê N C I A	Acima de 8	18 assistência 2,1	11 amor 4,5
		17 cuidados 2,0	08 orientar 5,0
		22 profissão 3,2	
		10 paciente 2,6	
		10 arte 2,1	
	De 4 a 7	07 trabalho 2,0	06 conhecimento 6,0
		06 respeito 3,5	06 dedicação 6,0
		05 ajuda 3,8	06 humanidade 5,3
			06 prevenção 4,5
			05 educar 5,2
	05 responsabilidade 5,0		
	05 bem-estar 4,8		
	04 equipe 7,2		
	04 falta 4,0		

Passaremos à análise dos resultados da evocação que indicam as tendências estruturantes (núcleo central e sistema periférico) das representações sociais dos profissionais atuantes em hospitais públicos. Frente ao termo indutor *enfermagem é...*

os respondentes deste estudo associam mais prontamente e mais freqüentemente os elementos: *cuidados, profissão, assistência, paciente, e arte*.

O elemento profissão recebeu destaque com uma freqüência igual a 22 e uma média de evocação igual 3,2. O elemento assistência também aparece em segundo destaque, com freqüência igual a 18 e ordem de evocação igual 2,1.

Esses dados evidenciam uma compreensão acerca das características do atendimento prestado, ou seja, profissão que através da assistência que imprime ao objeto de trabalho da enfermagem (cuidados), uma dimensão assistencial. Sendo assim, ratifica o resultado do Estudo número 1.

Podemos inferir que para esse grupo, dada a massificação do atendimento, cuidar assemelha-se ao significado de curar. Collière (1999), afirma que o conceito de cuidar é de fundamental importância para clarificar as competências da profissão de enfermagem. Para ela, o conceito de curar invadiu insidiosamente o conceito de cuidar, revestindo-se dele.

Nesse enfoque, a concepção de assistência refere-se às condições dos utilizadores destas ações, que devem ser percebidos como indivíduos de direitos de cuidados, quando impossibilitados por algum evento de se auto-cuidar.

É importante ressaltar que essa ação não deve se caracterizar como assistência que mantém as pessoas passivas, sem condições de reagir ao modelo biomédico instituído. Tal forma de compreensão favorece uma abordagem autoritária, centrada no profissional de saúde, que aliena o indivíduo de suas responsabilidades na manutenção e recuperação de sua vida.

A atitude dada pela conotação da assistência coloca, ainda, o indivíduo em uma condição de discriminação, traduzido por uma menor valia. Esse enfoque perpetua o vínculo de prestação de cuidados caritativos, o que retira de quem é assistido seus direitos de cidadão, deslocando-o na condição de coitadinho e necessitado de ajuda.

Outro ponto importante refere-se ao termo cuidar entendido como cuidados habituais fundamentais para se manter a vida, permitindo a luta contra as doenças -

em oposição ao termo curar que se refere à ação desencadeada pela doença ou acidente.

Assim, deduzimos que no imaginário dos profissionais de enfermagem dos hospitais públicos instalou-se um equívoco quanto à sua prática. A ação desses profissionais pode ser descrita basicamente como uma ação reparadora, o que torna acessório o sentido de promoção que caracteriza o cuidado.

Podemos inferir ainda que essa forma de percepção do cuidado se deve também a uma forma de organização da sociedade, assumida pelas comunidades, no sentido de formar redes de solidariedade que minimizariam o sofrimento humano.

Vale ressaltar que os hospitais regionais do DF recebem uma considerável afluência de demanda, advinda principalmente das cidades do entorno de Goiás. Essas cidades não possuem sistema de saúde estruturado e organizado, obrigando seus cidadãos a buscar atendimento na capital do país. Outros estados, pelas mesmas razões, também recorrem aos serviços de saúde do DF, dentre eles podemos citar Minas Gerais e Bahia.

Assim, os princípios de hierarquização de organização de serviços do SUS, referência, contra-referência e área de abrangência não funcionam, dificultando a organização de todo o sistema de saúde do DF, e acarretando, aos profissionais, uma sobrecarga de trabalho, colocando em risco sua qualidade.

Quanto aos elementos provavelmente constituintes da primeira periferia dessas representações sociais, destacam-se os termos: *amor, orientar, trabalho, respeito e ajuda*. Esses termos chamam a atenção para a organização dos elementos que aparecem no núcleo central.

A arte, aquela que aparece como termo presente no provável núcleo central, pode ser entendida aqui como a marca pessoal que o indivíduo imprime à assistência prestada. Já o "amor" vem permear as orientações dadas, e podemos inferir, pelos elementos encontrados, que o vínculo religioso se mantém como forte ancoragem para o fazer desse grupo de profissionais.

Refletem, ainda, que, apesar do sufocante trabalho a que estão sujeitos os profissionais de enfermagem, sua prática é norteada por elementos de orientação realizada com amor, caracterizando a profissão como sacerdócio e, não, como prática social.

A periferia distante caracterizou-se por elementos que associam a concepção de enfermagem a vários termos, traduzindo uma compilação de diversas idéias que, apesar de organizarem as práticas, não a determinam. Como indica a Teoria do Núcleo Central, esses conteúdos correspondem aos elementos mais recentes no imaginário dos profissionais de enfermagem de nosso segundo estudo.

Figura 10: *Elementos evocados frente ao termo indutor "cidadania" nos hospitais públicos (n=45)*

		ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO	
		Inferior a 3,7	Superior a 3,7
F R E Q Ü Ê N C I A	Acima de 7	37 direitos 3,1	08 trabalho 4,8
		21 deveres 3,1	08 liberdade 4,2
		17 respeito 2,5	07 moradia 5,1
			07 saúde 4,1
			07 sociedade 3,7
	De 3 a 7	06 dignidade 3,3	04 luta 5,5
		05 cidadão 3,2	03 cumprir 5,6
		05 viver 3,0	03 participação 5,3
		05 obrigação 3,0	03 comunidade 5,3
		05 exigir 2,8	03 aceitação 5,0
		05 exercício 1,6	03 votar 5,0
		04 humanidade 2,7	

Frente ao termo indutor *cidadania* é, os profissionais associam mais prontamente e mais freqüentemente os elementos *direitos, deveres, respeito*. O termo *direito* destaca-se com freqüência igual a 37 e uma média de igual a evocação de 3,1.

Dessa forma, podemos perceber que a noção de direitos que conferem cidadania está presente no imaginário desses sujeitos, associadas à noção de deveres e respeito.

Na segunda periferia, os termos *trabalho, liberdade, moradia, saúde, sociedade, dignidade, cidadão, viver, obrigação, exigir, exercício, humanidade* permitem nos perceber que são eles os pré-requisitos para o exercício cidadão.

Vale ressaltar, entretanto, que isolados não se configuram como suficientes para que os profissionais se considerem cidadãos. A partir do conteúdo emergido no Estudo número 1, podemos apreender que estes profissionais não se percebem cidadãos em seu trabalho.

"Cidadania é a capacidade de procurar melhorar, trabalhar em equipe e ser reconhecido. Algumas equipes são fechadas, alguns são mais reconhecidos e outros têm medo de reivindicar" (S- 5)

"A gente quer uma vida digna, estamos há cinco anos sem aumento. Estou diminuindo as despesas até onde posso chegar. A cidadania na profissão está reprimida, a preocupação com o financeiro é maior que com a profissão. Temos nosso salário, o nosso emprego, mas temos cidadania por completo." (S- 9)

Podemos inferir pelos estratos de discursos acima que o trabalho deve significar um meio de obter dignidade, denotando uma necessidade de salários justos, configurando-se, ainda, em reconhecimento igual entre os pares, traduzindo-se em constituição de sujeitos coletivos que, unidos, teriam maior poder e força de reivindicação.

Assim, profissão e direitos aparecem como prováveis núcleos centrais das representações sociais dos profissionais acerca de enfermagem e cidadania respectivamente. Observa-se que a conotação de profissão de assistência pelo

cuidado, nesse contexto, é dispensada por e para sujeitos que parecem destituídos de direitos de cidadania. Reafirma-se a necessidade de clarificação de cuidados para os profissionais de enfermagem.

2- Representações dos profissionais do Hospital Escola acerca de enfermagem e cidadania:

Figura 11: *Elementos evocados frente ao termo indutor "enfermagem", no hospital escola. (N=45)*

		ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO	
		Inferior a 4,2	Superior a 4,2
F R E Q Ü Ê N C I A	Acima de 8	21 amor 3,9 18 respeito 4,1 17 cuidados 2,8 16 paciente 4,1 11 assistência 4,0 11 profissão 3,0	14 dedicação 4,3 12 carinho 4,5 10 responsabilidade 5,1
	De 5 a 7	06 humanização 2,5 06 ciência 2,6 05 ajuda 2,6	05 equipe 4,6 05 vida 5,0

Frente ao termo indutor *enfermagem* é, os respondentes do hospital escola associaram mais prontamente e freqüentemente os termos *amor, respeito, cuidado, paciente, assistência e profissão*. O termo amor foi o que mais se destacou, com uma freqüência igual a 21 e média de evocação igual a 3,9.

Esse dado permite uma leitura sobre as relações de gênero, que nos leva a perceber que os cuidados são prestados aos pacientes com respeito, por sujeitos de uma profissão que faz assistência. Tais resultados perpetuam a concepção de uma profissão que sofre a ambigüidade de sujeitos que, apesar de atuarem no espaço público, permanecem vinculadas ao fazer no espaço privado.

Podemos inferir que a profissão se aproxima do fazer da mãe, que cuida de seus filhos com amor incondicional, pois "ser mãe é sofrer no paraíso", aproximando o trabalho da enfermagem à imagem da virgem Maria, reforçando os laços religiosos das origens da profissão.

Na primeira periferia, encontramos os termos *dedicação, carinho e responsabilidade, humanização, ciência e ajuda*. O significado desses termos comprovam o núcleo central, imprimindo um perfil maternal aos seus agentes, caracterizando-a como carreira feminina, que recebe menor valor social.

Inferimos que os termos destacados na primeira periferia significam a equação: amor + dedicação + carinho = humanização da ciência da ajuda. De onde ajudar ou amor se constitui na primeira ciência para a qual foram designadas as profissionais de enfermagem.

Podemos, ainda, inferir que nesse espaço a presença do poder médico dada pela maciça presença de staff, residentes, internos e graduandos de medicina ratificam o conteúdo que emergiu das entrevistas das (os) profissionais no nosso primeiro estudo, que se traduz no discurso queixoso da mulher, que frente ao poder masculino, socialmente construído, percebe-se como incapaz de modificar o *status quo*, assumindo uma postura de imobilidade em oposição à esperada postura de luta, geradora de mudanças.

Dessa forma, percebemos que o discurso queixoso se justifica em virtude da dupla discriminação sofrida por esses profissionais, ou seja, as relações de gênero e de status profissional.

Como já mencionado anteriormente, a periferia distante caracteriza-se por conteúdos que correspondem aos elementos mais recentes no imaginário dos profissionais.

Figura 12: Elementos evocados frente ao termo indutor "cidadania" no Hospital Escola: (n=45)

		ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO	
		Inferior a 3,8	Superior a 3,8
F	Acima de 7	28 direitos 2,7	10 sociedade 4,7
		14 deveres 3,1	09 moradia 4,6
		11 respeito 2,7	08 saúde 4,5
		08 cidadão 3,6	09 liberdade 4,3
Û			07 participação 4,1
Ê	De 4 a 7	05 viver 1,8	06 dignidade 6,0
		04 trabalho 3,5	04 educação 4,5
		04 obrigação 2,2	04 exigir 4,2
			04 humanidade 4,0
			04 responsabilidade 4,0
			04 salário 4,0

Frente ao termo indutor *cidadania* é, os profissionais associam mais prontamente e freqüentemente os termos *direitos*, *deveres*, *respeito*, *cidadãos*. Da mesma forma que o grupo de profissionais dos hospitais públicos, o termo *direitos* destaca-se com freqüência igual 28 e ordem de evocação igual a 2,7.

Na primeira periferia, os termos *sociedade*, *moradia*, *saúde*, *liberdade*, *participação*, *viver*, *trabalho*, *obrigação*, permite-nos apreender que esses são os pré-requisitos para o exercício cidadão. Não obstante, da mesma forma que o grupo de

profissionais dos hospitais públicos, esses sujeitos não se percebem exercendo cidadania.

"Não existe cidadania no trabalho da enfermagem, faltam leis que definam o que é enfermagem no país. Isso dificulta muito o trabalho da enfermagem no país." (S-19)

"O trabalho da enfermagem tem pouca cidadania. Acho que as pessoas têm que valorizar mais o serviço da enfermagem" (S-11)

Podemos inferir através dos extratos de discursos que a relação de gênero permeia também a noção de cidadania, pois esta é referida no trabalho dos sujeitos como prerrogativa advinda de um agente externo (leis, as pessoas), não cabendo a luta interna da categoria pela garantia de direitos. A união, embora referida em vários discursos, não parece configurar uma condição *si ne qua non* para a conquista e garantia dos direitos.

Amor e direitos aparecem respectivamente como prováveis núcleos centrais das representações sociais dos sujeitos desse grupo para enfermagem e cidadania. Os resultados do Estudo número 1, apontaram as relações de gênero como mais marcantes para esse grupo; amor aos cuidados não constituem-se isoladamente capazes de garantir direitos de cidadania a essas profissionais, uma vez que os cuidados aqui prestados obedecem a uma hierarquia discriminatória sutil, pois não revelam de pronto sua verdadeira natureza, inserindo no cuidado uma dedicação ao paciente, quando, na verdade, essa dedicação está antes a serviço da técnica.

3- Representações Sociais dos profissionais de Hospitais Particulares acerca da enfermagem e cidadania

Fig 13: *Elementos evocados frente ao termo indutor "enfermagem" em hospitais privados. (n=45)*

		ORDEM MÉDIA DE EVOCÇÃO	
		Inferior a 4,5	Superior a 4,5
F R E Q Ü Ê N C I A	Acima de 8	22 amor 2,5 18 carinho 3,6 18 dedicação 3,2 11 conhecimento 3,7 11 profissão 3,5 09 atenção 4,2 09 cuidados 2,3	21 respeito 4,5 14 responsabilidade 3,0 12 paciência 4,8
	De 4 a 8	07 companheiro 7,0 05 arte 2,2 04 competência 4,2 04 ajuda 3,7	06 ética 6,5 04 consciência 6,3

Frente ao mesmo termo indutor, os profissionais dos hospitais privados, associaram mais prontamente e mais freqüentemente os elementos *amor*, *carinho*, *dedicação*, *conhecimento*, *profissão*, *atenção* e *cuidados*. Da mesma forma que no hospital escola, o termo *amor* destaca-se com uma freqüência igual a 22 e uma média de evocção igual a 2,5.

Esse dado evidencia que, da mesma forma que no hospital escola, a profissão ancora-se na estrutura religiosa, que são as bases da profissão, remetendo-o ao período monástico, historicamente anterior à profissionalização da enfermagem ocorrida sob a influência de Florence Nigtingale.

Na primeira periferia, encontramos os termos *respeito, responsabilidade, paciência, companheiro, arte, competência, ajuda*. E os elementos organizam a prática de enfermagem ratificando os valores femininos tidos como pré-requisitos para o cuidar.

No discurso desses profissionais, o conteúdo das representações sociais apreendidas no primeiro estudo destacou-se por uma fala de exercício de direitos e cidadania. Pelo resultado desse estudo, aprendemos que provavelmente no núcleo central de suas representações perpetuem as relações de gênero, com importante conotação para os valores "ditos da mulher", e forte amarra no vínculo religioso e vocacional.

Figura 14: *Elementos evocados frente ao termo indutor "cidadania" nos hospitais privados. (n=45)*

		ORDEM MÉDIA DE EVOCAÇÃO	
		Inferior a 4,2	Superior a 4,2
F R E Q Û Ê	Acima de 7	29 direitos 2,6	12 educação 4,2
		25 deveres 3,7	10 solidariedade 4,6
		23 respeito 3,7	9 amor 4,2
		11 saúde 3,2	8 trabalho 5,6
		10 liberdade 4,0	7 humanidade 5,1
N C I A	De 4 a 7	6 moradia 3,5	6 compreensão 5,1
		4 responsabilidade 4,0	6 amizade 4,6
		4 vida 3,7	5 participação 5,6
			5 dignidade 5,0
			5 consciência 4,4
		5 lazer 4,2	

Frente ao termo indutor, os profissionais associaram mais prontamente e mais freqüentemente os elementos *direitos, deveres, respeito, saúde e liberdade*. A exemplo dos dois primeiros grupos estudados, o termo *direitos* destaca-se com freqüência igual a 29 e ordem de evocação igual a 2,6.

Na segunda periferia, destacam-se os termos *educação, solidariedade, amor, trabalho, humanidade, moradia, responsabilidade, vida*. Assim são os significados desses elementos que organizam a prática cidadã para esse grupo.

Percebe-se que para os profissionais em questão são valorizados o acesso à educação, responsabilidade, aspectos não evocados pelos grupos anteriormente estudados. Pode-se inferir que o discurso da qualidade total enfatiza esses aspectos, imprimindo a esses sujeitos uma certa valorização no trabalho.

Entretanto, estas estratégias novamente não se configuram como suficientes para determinar o exercício cidadão também nesse grupo de profissionais. Os estratos de discurso emergidos no primeiro estudo ilustram tal percepção.

"Não, não existe, existem feudos, grupos elitizados, grupos marginalizados, mas cidadania, não existe." (S-23)

"Não sei se existe isso. Não posso dizer que exista muita cidadania na enfermagem. Falta muito para que eu me conscientize de meus direitos e deveres." (S-22)

Amor e direitos para esses sujeitos, a exemplo da representação do hospital escola, aparecem respectivamente como prováveis núcleos centrais para enfermagem e cidadania. Nesse grupo, o termo *amor* surge também mesclado da concepção de conhecimentos, profissão e atenção nos cuidados, dimensões que isoladamente não conferem direitos de cidadania a seus agentes.

Nos três grupos estudados, as palavras cuidados e profissão foram mais prontamente e freqüentemente evocados para o termo indutor enfermagem, evidenciando que os profissionais identificam sua atividade laborai como uma profissão

que presta cuidados. Esta representação compartilhada ratifica o resultado de estudo número 1.

Da mesma forma, para os grupos estudados, os termos mais prontamente e freqüentemente evocados para cidadania, foram, ao lado de *direitos, também, deveres e respeito*, denotando que há um compartilhamento acerca das representações de cidadania.

Nesse contexto, afirma-se também, que para a enfermagem, cidadania é entendida como direito à inclusão no trabalho. De acordo com a representação dos sujeitos do estudo número 1, ela não é exercida.

"Algumas colegas respeitam a cidadania, outras não, nem o código de ética respeitam." (S-8)

Considerando os resultados obtidos dos três grupos estudados, inferimos que, em se tratando de uma categoria, cujos fazeres são fortemente permeados pelas relações de gênero, seus profissionais não detêm tradição política, distanciando-se da questão dos direitos. Tal fato pode ser explicado em virtude da ambígua inserção da profissão no mundo do trabalho.

Neste contexto a mulher enfermeira deve lutar pelo direito de ser diferente. Entretanto, a superação da diferença não se fará pelo esvaziamento do sujeito, mas pela transformação de sujeito que reconhece a sua condição de oprimido, e luta para se tornar sujeito de direito.

Devemos ter em mente que direitos proclamados, no entanto, não são sinônimo de direitos garantidos. A própria história dos direitos é a história das lutas empreendidas pelos indivíduos para conseguir satisfazer, através dos tempos, suas necessidades.

A Declaração dos Direitos Humanos enuncia que *"todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos"* No entanto, para Bobbio, (1985), esse enunciado é fruto de uma ideologia, não se concretizando como a constatação de um fato histórico.

Assim, a garantia de direitos só se fará através de luta. Tendo como espelho a conquista dos direitos políticos das mulheres, que não aconteceram sem sofrimento, podemos deduzir que, de forma análoga, os direitos para os profissionais de enfermagem não se conquistarão de forma diferente.

Em nossa sociedade, há um intrincado sistema de crenças sociais, com base no patriarcado, que leva a enfermagem a permanecer em um estado de inércia, enquanto as desigualdades se acentuam.

Como fato agravante, Damatta (1997) observa que na sociedade brasileira há diferentes sistemas éticos que convivem concomitantemente, sem, no entanto, possuírem o mesmo valor. Assim, os valores que estão na base do trabalho de enfermagem seriam aceitos e reconhecidos entre os profissionais dos hospitais, sendo, no entanto, valorizados diferentemente.

Entendemos que as questões que se referem à inclusão de profissionais e cidadania não podem ser relativizadas, e que os direitos devem ser garantidos a todos os membros da comunidade de uma nação, ou, no caso específico, a todos os membros da comunidade dos hospitais, independente de seu valor social.

Os resultados desse estudo permite-nos perceber que a enfermagem deste novo milênio mantém, no imaginário de suas representações, a vinculação vocacional e religiosa.

Ao revermos a história da enfermagem nigtigaleana, verificamos que a mesma permitiu às mulheres a entrada no mundo público. Ao lado dos médicos, as enfermeiras desempenharam um importante papel político e de prestígio social na primeira metade do século XX.

Foi graças a ação das enfermeiras que se operacionalizou o combate às epidemias que assolavam os portos do país e o colocavam à margem do contexto econômico mundial.

Percebemos também que tudo se deu, ou foi construído, de forma que o poder do médico não fosse afetado. A ação política do trabalho de enfermagem foi

neutralizada por um discurso de submissão, que a colocava na mera posição de cumpridora de ordens, numa relação hierárquica que se perpetua nos dias de hoje.

Destarte, o que aconteceu foi um deslocamento de seu papel do âmbito do privado para o espaço público. No hospital, ainda hoje, as funções da enfermagem são comparadas às realizadas no lar, cujas responsabilidades da mãe são as de cuidar da prole e organizar as ações em benefício familiar.

Este papel, longe de receber valor social, é tido como inserido na ordem natural das atribuições da mulher e, assim, conseqüentemente da enfermeira.

Ao concluir-se este estudo, percebe-se que a enfermagem não concebe o seu trabalho como prática social. A profissão está vinculada à imagem do trabalho da mãe que conforta e atende as necessidades humanas.

O conceito de trabalho não foi incorporado ao imaginário dessas profissionais. Apesar de um profundo reconhecimento de exclusão no espaço hospitalar, queixam-se da discriminação que passam de acesso ao prestígio social e ação política para reverter esse triste cenário, permanecendo na condição de oprimidas, sem muita consciência ou discernimento de como tudo acontece.

Kushe, (1997), ao discorrer sobre as questões relativas à bioética feminista, convida as enfermeiras a exercerem um papel ativo nas mudanças sociais. Na verdade, convida-as a rebelarem-se contra a ordem instituída do poder patriarcal.

Entendemos que a positivação do trabalho da enfermagem não se fará por meio do abandono dos ditos "valores femininos" que estão inseridos na base da ancestralidade do trabalho de enfermagem. Parece-nos, ao contrário, que esses valores devem permear as ações de qualquer profissional, incluindo-se o médico.

Em recente oportunidade, por ocasião da aula inaugural da Faculdade de Medicina da UNB, o Dr. Adib Jatene conclamou os profissionais ali presentes a resgatar valores como responsabilidade, respeito e amor no trato com os doentes, valores que, em sua percepção, estão sendo abandonados por motivos diversos, destacando-se, o endeusamento à tecnologia.

O doutor ressaltou ainda que o setor saúde tem um papel fundamental na construção de uma sociedade mais fraterna e solidária. *"E é isso que nós vamos construir para que a máquina não domine o homem, para que a tecnologia não substitua o raciocínio clínico, para que a eficiência não se contraponha ao afeto e, principalmente, para que o amor não morra no coração dos homens."*

Pensa-se que os dilemas fundamentais da enfermagem são dois:

- O deslocamento da exigência de uma profissão de fé fundada num credo de serviço ao próximo, incluindo-se aí os médicos, para uma profissão cuja prática é social, e que determinam responsabilidade impar, pois é, antes de mais nada, uma questão de cidadania e justiça social, onde direitos iguais devem ser garantidos ao próximo, a si e às comunidades de toda a nação. Entende-se que a promoção da igualdade eleva os padrões de modernidade e civilidade muito mais que os avanços tecnológicos.

- A clarificação dos cuidados de enfermagem, que devem ser uma estratégia capaz de conferir identidade à profissão, uma vez permitirá ao seu grande contingente de trabalhadoras (es) exercerem, em condições de igualdade direitos, deveres e respeito na comunidade hospitalar.

Retomando a idéia de que os cuidados são uma prática criativa e libertatória, na medida em que conferem empoderamento a quem cuida e a quem é cuidado e privilegiam o resgate da dignidade humana, deduz-se que a sabedoria que é traduzida na fábula-mito de Higino será capaz de entrelaçar todas as coisas, já que o homem deve ser o foco de toda ação criativa da vida, portanto, de toda ação de cuidado.

Que o cuidado aflore em todos os âmbitos, que penetre na atmosfera humana e que prevaleça em todas as relações! O cuidado salvará a vida, fará justiça ao empobrecido e resgatará a terra como pátria e mátria de todos. Boff (1999:19)

PARTE IV

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo procuramos compreender o mundo do trabalho da enfermagem e suas implicações para a cidadania.

Para tanto, algumas questões foram propostas. Dentre elas, duas centrais: o que é enfermagem e o que é cidadania?; com as quais objetivávamos conhecer elementos das representações sociais forjadas pelo grupo de profissionais da enfermagem no Distrito Federal.

A respostas a essas proposições nos levaram à constatação de que o cuidar constitui o eixo propulsor do trabalho da enfermagem. O cuidar que, em sua origem, era indiscriminadamente um ato humano (feminino, masculino) e, que ao longo do processo histórico, foi sendo ancorado à figura feminina e a ritos religiosos.

No entanto, neste início de século, tal categoria ainda permanece impregnada de resquícios de uma visão caritativa, com fortes amarras simbólicas de aspecto religioso e profano. Conferindo, dessa forma, à profissão um estatuto de sacerdócio e não de trabalho profissional.

As especificidade de gênero o impregnaram de valores ditos femininos. Qualidades como dedicação e docilidade são a tônica da postura da profissional em questão.

Helga Kuhse (1997) usa uma metáfora que descreve essa situação e determina o seguinte modelo: good woman- good mother-good nurse.

As relações de gênero determinadas pelo patriarcado inseriu o trabalho da enfermagem na linha do "natural" feminino, urdindo uma prática de enfermagem, que tem sido reproduzida e legitimada pela sociedade desde o período monástico medieval, como uma profissão de fé; na qual a abnegação e o espírito de serviço têm sido requisitos indispensáveis para o exercício da mesma.

Por ocasião da profissionalização da enfermagem, essas premissas se mantiveram, sendo adicionada a dimensão vocacional aos pré-requisitos da prática de enfermagem. Qualidades como submissão e responsabilidade foram socialmente valorizadas.

No Brasil, a inserção da profissional de enfermagem aconteceu em um importante contexto político-social. Porém, as enfermeiras não atuaram como sujeitos de poder de resolução.

A tarefa de educar a população com vistas a uma sanitização social não deveria ultrapassar as dimensões do serviço doméstico, provocando nos profissionais comportamentos ambíguos e contribuindo para a perda da identidade profissional.

Envolta na dualidade, permeadas pela alienação de si e a dedicação ao próximo, foram sendo determinadas as interdições que minaram a criatividade, a auto-estima e a autonomia da enfermeira, silenciando-a diante do poder sócio-institucional que a molda de acordo com seus interesses.

Cabe ressaltar que, independente da instituição em que o profissional se insere, apresenta-se a dificuldade de constituição de sujeitos coletivos expressas em exclusão e estratificação social do trabalho.

Dessa forma, o cuidado é o discurso aceito e utilizado pela enfermagem, e pelas várias instituições, para justificar o *modos operandis* da enfermagem. Esses, porém, são destituídos de seu maior valor, ou seja, o poder de libertar quem cuida e quem é cuidado.

Ao executar acriticamente cuidados de acordo com a expectativa institucional, a enfermagem serve antes aos poderes de outros e, não, aos seus ou aos do paciente. Nessa perspectiva, dilui-se a dimensão cidadã que o trabalho confere aos sujeitos. A enfermagem permanece como agente passiva diante de decisões técnicas e éticas do poder médico, favorecendo o distanciamento do poder político e terapêutico que os cuidados são capazes de conferir a quem os pratica e a quem os recebe.

A força integradora dos cuidados será capaz, não só de empoderar os sujeitos envolvidos na ação, mas também de restituir a identidade profissional. Somente de posse do reconhecimento do cuidado como objeto de trabalho, e determinante de uma prática uníssona dos profissionais da área, a enfermagem será capaz de abandonar um fazer sacerdotal e passar a um fazer social, onde os princípios da solidariedade

serão o norte de uma ação cidadã, capaz de reabilitar o profissional diante de si e da sociedade.

Carece que os profissionais decidam abdicar de praticar um cuidado de valor moral, passando a praticar um cuidado de valor ético. Desconstruir a representação sacerdotal da profissão faz-se urgente para o restabelecimento da auto-percepção, entendido, segundo Florence Nigtingale, como caminho para a consciência da vida.

Deveremos ter em mente que, como prática social, o trabalho da enfermagem não adere ao "mito da neutralidade" que o discurso científico apelativamente lhe impõe. A ciência nos impeli a obedecer a um jogo sócio-cultural e nos outorga um mandato social que tem mitificado, através do pensamento cartesiano, uma visão de corpo como máquina, e a crença no poder material ilimitado, a ser obtido por intermédio do crescimento econômico e tecnológico, legitimando a visão social da mulher como inferior ao homem.

Nesse enfoque, o conhecimento é importante na medida em que nos liberta e não nos aprisiona. Para tanto, necessitamos de um modelo de construção do conhecimento, que permita uma formação, cujas estruturas teóricas de orientação para a prática acolham quadros de referência que não podem ter uma norma inalterável.

Urge repensar a formação da enfermagem em todos os níveis para uma profissão que deliberadamente se queira mais autônoma e eticamente científica, de métodos e objetivos bem definidos.

Pensa-se que esses objetivos devem privilegiar preferencialmente o desenvolvimento das capacidades relacionais do indivíduo, entendendo que a relação é o momento privilegiado e único do conhecimento entre os seres humanos, possibilitando uma ação de cuidados, cuja função terapêutica determinante será também uma determinante política.

Se conseguirmos estabelecer com o outro nosso potencial terapêutico, facultaremos ao outro a autogestão dos seus problemas reais ou potenciais de saúde

e, conseqüentemente, o encontro de soluções dinamicamente equilibradas para os seus problemas.

Nos novos projetos de formação da enfermagem não poderemos esquecer o valor desta premissa. O futuro da enfermagem depende também de fomentar o valor da intervenção relacional na filosofia subjacente do ensino de enfermagem. O futuro é hoje, e *e/e deverá apontar para as tendências do ensino na enfermagem com vistas a um cuidar que se construa em bases que Hottois (1994) definiu como solidariedade antropocósmica, que seja, ao mesmo tempo, dialógica (entre pontos de vista diferentes), procedural (reguladora de conflitos de forma não violenta), pragmática (que pretende resolver problemas a priori), aberta aos afetos (que perpassam as decisões éticas racionais do ser humano) e evolutiva (capaz de mudar de idéia quando necessário).* —

Pode-se, a partir dessas reflexões conclusivas, perceber que a cabeça dos profissionais de enfermagem concebem a profissão como missão. Seus pés pisam o solo da exclusão e suas mãos não sabem o que fazer ao certo.

Porém, são animados pela esperança de mudanças que incluem desde união, passando pela solidariedade antropocósmica, desembocando na inclusão profissional que os conduzam, finalmente, ao exercício cidadão de sua prática.

Diante dessas constatações, e considerando que a construção do indivíduo ocorre na trama social que o envolve, perguntamos que estratégias poderão efetivamente romper o núcleo central das representações sociais da enfermagem?

Elencamos aqui apenas alguns pontos de vista. Outros certamente existirão, embora não se apresentem prontamente. Outros estudos se farão necessários, outros ângulos do problema deverão ser investigados, não perdendo de vista que toda teoria precisa ser, na prática, confirmada.

Dentre estudos futuros, pensa-se que cabe investigar o valor do papel social e político dos cuidados, o peso da influência das ciências sobre o fazer da enfermagem e

o real papel do patriarcado na influência de todos os ramos de conhecimento e da enfermagem.

Este estudo, pela força de cumprimento dos prazos, por ora se encerra. Não se encerram porém as reflexões a cerca dos resultados que ele aponta. Não se encerra a busca de estratégias que possam transformar a realidade aqui percebida. Não se encerra o desejo de desvendar outros conhecimentos.

Compartilho com Gleisser (1999:360) a concepção sobre a metáfora da criatividade humana:

Eu me convenço de que, mesmo que horizontes possam existir, eles são horizontes em fuga, que nunca serão atingidos; numa terra de horizontes em fuga, um viajante inspirado sempre encontrará novas maravilhas.

São essas maravilhas que busca-se na profissão de enfermagem, pois nem mesmo as injustiças da fogueira da inquisição puderam calar a esperança de cuidar eticamente na perspectiva da enfermeira.

Kushe (1997) convida a um papel ativo de mudanças, sugerindo que a responsabilidade de mudança estrutural estaria nos ombros da enfermeira, pois:

"Quem traz no corpo esta marca, possuía estranha mania de ter fé na vida."

(Milton nascimento e Fernando Brant)

PARTE V

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J. C. (org.). A Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. & OLIVEIRA, D. C. Estudos Interdisciplinares de Representações no Brasil. Goiânia, AB, 1998. p. 27-37.

_____. A Organização Interna das Representações Sociais: sistema central e sistema periférico. (L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphique). Trad. de Ângela Maria Almeida. In: GUIMELI, C. Structures et transformations des représentations sociales. Lausene, DeleChaux et Niestlé, 1994. p. 73-84.

ABUDERNE, P. & NAISBITT, J., Megatendências para Mulheres. Trad. de Magda Lopes. 2. ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994.

ALMEIDA, A. M. & ABRAHÃO, J. I. Diversidade: Gestão e Capacitação da Força de Trabalho. Brasília, 1998/ Mimeografado/

AGUDELO, M. C. C. (org.). El Trabajo en Enfermería. In: MACHADO, M. H. Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995. p. 149-162.

BERGER, P. I. & LUCKMANN, T. A construção social da realidade. Trad. de Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis-RJ., Vozes, 1995. p. 228-241.

BIRMAM, J. (org.). A Cidadania Trasloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B. & AMARANTE, P. Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro, Relumé-Dumará, 1992. p. 71-90.

BOBBIO, N. A Herança da Grande Revolução. Rio de Janeiro, Campus, 1992.

BOFF, L. A Águia e a Galinha: uma história da condição humana. Petrópolis-RJ.,
Vozes, 1997.

_____. Saber Cuidar: ética do humano- compaixão pela terra. Petrópolis-
RJ., Vozes, 1999.

BOOCK, A. M. B. (org.). Eu Caçador de Mim: pensando a profissão do
psicólogo. In: SPINK, M. J. O Conhecimento do Cotidiano: as
representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo,
Brasiliense, 1995. p. 280-291.

BOUDIER, P. La Domination Masculine. Actes de la recherche. Paris, n. 84, Set.
1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DO TRABALHO. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO
TRABALHO. Seminário Tripartite sobre promoção de igualdade no
emprego. Convenção nº 111 da OIT sobre discriminação em matéria de
emprego e profissão. Brasília, 16 a 18 de julho de 1997. 160p.

COLUÈRE, M.F. Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos
cuidados de enfermagem. 2.ed. Porto-Coimbra, Lidei, 1999.

COSTA, W.A. A Construção Social do Conceito de Bom Professor. Mato Grosso,
1998. 300p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Educação de Mato
Grosso, Universidade Federal de Mato Grosso.

DURHAN, E. et ai.. A Aventura Antropológica. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

DURKEIM, E. Sociologia e Filosofia, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1970.

ELLIS, J. R. & HARTLEY, C. L. A Enfermagem Contemporânea: Desafios, Questões e Tendências. 5.ed. Porto Alegre, Arned, 1998.

FARR, R. (org.). Teoria e Método no Estudo das Representações Sociais. (Theory and method in the study of social representations). In: BREAKWELL, G. M. & CANTER, D. V. Empirical Approaches to Social Representations. Trad. S. C. Dumont, et ai. Oxford, Claredon Press, 1993. p-15-38.

FABRO, M. R. C. O Processo de Formação do Trabalho da Enfermeira: trabalho e poder no contexto hospitalar. Campinas, 1996. 307p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

FONSECA, T. M. G. (org.). De Mulher a Enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M. i. M. et ai. Gênero e Saúde. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. p. 63-75.

FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 11 .ed. Rio de Janeiro, Grall, 1979.

GARCIA, C. C. Ovelhas na Névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1995.

GEOVANINI, F.; MOREIRA, A., DORNELLES, S. & MACHADO, W. P. A. História de Enfermagem: Versões e Interpretações. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

GERMANO, R. M. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. 2.ed. São Paulo, Cortez, 1985.

GLEISSER, M. A Dança do Universo: dos mitos da criação ao big-bang. São Paulo, Companhia das Letras, 1999.

GOFMAM, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988.

GUILHEN, D. Escravas do Risco: bioética, mulheres e aids. Brasília, 2000.302p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

GUIMELLI, C. Transformação das representações sociais, novas práticas e esquemas cognitivos de base. (Transformation des représentations sociales, pratiques nouvelles et schémas cognitifs de base). Trad. de José Delfino e Angela Maria de Oliveira Almeida. In: GUIMELLI, C. Structures et transformations des représentations sociales. Lausanne, Delachaux et Niestlé, 1994. p. 171-198.

HOTTOIS, G. Vérite Objective, puissance et solidarité: d'une éthique pouifage technoscientifique. Ruptures revue transdisciplinaire en santé. n.1, v.1, p. 69-84.1994.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. (Représentations sociales: un domaine en expansion). Trad. de Tarso Bonilha Mazzotti. In: JODELET, D. Les représentations sociales. Paris, PUF, 1989. p. 32-61.

_____. (org.). Representação social. Fenômeno, conceito e teoria. (Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie). In: MOSCOVICI, S. Psychologie Sociale. Paris, PUF, 1984. p. 357-378.

- KEGOART, D. (org.). Relações de sexo e divisão social do trabalho. In: LOPES, M. J. M. et ai. Saúde e Gênero. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996. p. 19-27.
- KUSHE, H. Caring: nurses, women and ethics. Oxford, Blackwel, 1997.
- LIMA, M. J. O que é Enfermagem. São Paulo, Brasiliense, 1993.
- UPIANSKY, E. M. Identité et Comunicaton. Paris, PUF, 1992.
- LOPES, M. J. et ai. (org.). Saúde e Gênero, Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- LOURO, G.L Gênero, Sexualidade e Educação: Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1997.
- LOYOLA, CM.D. Os Doces Corpos do Hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar. Rio de Janeiro, UFRJ, 1987.
- MATTA, R. A Casa e a Rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5.ed. Rio de Janeiro, Rocco, 1997.
- MELO, C. A Divisão Social de Trabalho. São Paulo, Cortez, 1986.
- MILES, R. A História do Mundo Pela Mulher. Trad. de Bárbara Heliodora. Rio de Janeiro, LTC e Casa Maria Editorial, 1989.
- MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1994.

MORIN, E. *Ciência com Consciência*. Trad. de Maria de Alexandre & Maria Alice Sampaio Dória. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1998.

MOSCOVICI, S. A melhor maneira de comer o pudim ainda é comendo-o. II Conferência Internacional sobre Representações Sociais. Rio de Janeiro, 01 a 19 de setembro de 1994.

_____. (org.). *L'ère des Représentations Sociales. (Étude des représentations sociales)*. In: DOISE, W. & PALMONARI, A. Lausanne, Delachaux & Niestlé, 1986. p.34-80.

_____. *On Social Representations*. In: FORGAS, J.P. (ed.). *Social Cognition: perspective on everyday understanding*. London, Academic Press, 1981. p. 181-209.

_____. *A Representação Social da Psicanálise*. Trad. de A. Cabral. Rio de Janeiro. Zahar, 1978.

MURARO, R. M. *A Mulher do Terceiro Milênio : uma história da mulher através dos tempos e suas perspectivas para o futuro*. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992.

NIGHTINGALE, F. *Notas de Enfermagem: o que é e o que não é*. Trad. de Amália Corrêa de Carvalho. São Paulo, Cortez, 1989.

OLIVEIRA, B. G. R. B. *A Construção da Identidade Profissional da Enfermeira: as representações das alunas ingressantes na graduação e seus significados*.

Rio de Janeiro, 1995. 276p. Dissertação (Mestrado)- Escola Anna Nery ,
Universidade Federal do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, A. & BRUSCHINI, C. Uma Questão de Gênero. Rio de Janeiro, Record,
1992.

OLIVEIRA, E. M. As Questões do Gênero no Âmbito da Enfermagem. In: 6º
Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. Rio de Janeiro, 1991.
Anais. Rio de Janeiro, 1991. p. 69-76.

_____. (org.). Gênero, Saúde e Trabalho: um olhar transversal. In:
OLIVEIRA, E. M. & SCAVONE, L Trabalho, Saúde e Gênero na Era da
Globalização. Goiânia, AB, 1997. p. 1-14.

OLIVEIRA, R. D. Elogio da Diferença: o feminino emergente. 3.ed. São Paulo,
Brasiliense, 1993.

PEREIRA, J. B. A Criança Negra: Identidade Étnica e Socialização. Caderno de
Pesquisa, n.63, nov, 1967.

POLLAK, M. L. Experience concentrationnaire. Essai sur le maiten de L' identite.
Paris, Métailé, 1990.

SÁ, C. P. A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais. Rio
de Janeiro, Eduerj, 1998.

_____. (org.). Representações Sociais: o conceito e o estado atual da
teoria. In: SPINK, M. J. O Conhecimento do Cotidiano. São Paulo,
Brasiliense, 1993. p. 19-45.

- _____. O Campo de Estudo das Representações sociais. In: SÁ, C. P. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis-RJ, Vozes, 1996. p. 29-50.
- _____. Núcleo Central das Representações Sociais, Petrópolis- Rio de Janeiro, Vozes, 1996.
- _____. (org.). A Representação da Economia Social Brasileira antes e depois do "Plano Real". In: MOREIRA S. P. & OLIVEIRA D. C. Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia, AB, 1998. p. 49-69.
- SAFFIOTI, H. I. B. O trabalho da Mulher no Brasil. Revista Saúde Ocupacional, v.10, n.30, p.27-37, abr-jun, 1982.
- SANTOS, M. F. S. (org.). A Representação Social e a Identidade. In: MOREIRA, S. P.& OLIVEIRA, D. C. Estudos Interdisciplinares de Representação Social. Goiânia, AB, 1998. p. 115-130.
- SHERWIN, S. No Longer Patient: feminist ethics & health care. Philadelphia, Temple University, 1992. 286p.
- SILVA, G. B. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo, Cortez, 1989.
- SOBRAL, V. R. S. A Purgação do Desejo: memórias de enfermeiras. Rio de Janeiro, 1995. 108p. Tese (Doutorado). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense.

_____. O Poder Invisível da Dama de Branco e o Invisível da Dama de Vermelho- de Florence a DuLoren: Quem somos nós enfermeiras? In: 47º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 19 a 24/Nov., Goiânia, 1995. Anais. Associação Brasileira de Enfermagem, 1995. p.127-128.

PEREIRA W. R. & BELLATO R. O Trabalho da Enfermeira - uma abordagem sob a perspectiva - da teoria feminista. Revista Texto e Contexto, v.4, n.1, p.66-82, jan/jun, 1995.

TAVARES, C. M. M. & TEIXEIRA, E. R. Trabalhando com Representações na Enfermagem. In: GAUTHIER, H. M. Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1998. p.51-59.

THIOLENT, M. Uma Contribuição À Pesquisa-ação no Campo da Comunicação Sócio-Política. São Paulo, 1985./ Mimeografado/

TONG, R. Feminist Approaches to Bioethic Theoretical, reflections and praticai applications. United State, Westview, 1997.

WALDOW, V. R. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre, Sagra Luzzatto, 1999.

_____. Maneiras de Ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

L

*

PARTE VI

6 ANEXOS

ANEXO I

COLEGA.

Esta entrevista visa conhecer seu ponto de vista, sobre o cotidiano das práticas de enfermagem e cidadania. Não existe portanto, respostas certas e erradas, razão pela qual você poderá respondê-las sem constrangimento.

**Ressalto, também, a garantia do anonimato de suas respostas.
Certa de sua colaboração, agradeço antecipadamente.**

Roteiro de Entrevista, para coleta de dados de pesquisa sobre enfermagem e cidadania.

- 1 - No seu dia a dia, o que você faz no seu trabalho ?
2. Isto que você faz, é um trabalho de enfermagem?
3. O que é enfermagem?
4. O que é cuidado de enfermagem?
5. Você considera que tem autonomia para realizar o seu trabalho?
6. Há na enfermagem profissionais que são excluídos ou colocados a margem, em relação ao seu trabalho? Como se dá? Porque?
7. A tecnologia teve algum efeito sobre o seu trabalho?
8. O que é cidadania?
9. Você considera que existe cidadania no trabalho da enfermagem?
10. Como você pensa que pode-se melhorar as condições do trabalho da enfermagem?

Moema da Silva Borges.

ANEXO II

UNIVERSIDADE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

"ENFERMAGEM E CIDADANIA"

Estamos realizando uma pesquisa sobre a questão da enfermagem e cidadania. Em seu cotidiano, você enfrenta situações que de alguma forma lhe levam a tomar atitudes que se referem aos temas acima.

Gostaríamos de conhecer seu ponto de vista, e por isso pedimos que responda o mais espontaneamente possível, já que não existe resposta certa ou errada. Este é um trabalho anônimo e não tem nenhum efeito de avaliação. Solicitamos que responda a questão após a questão, bem rápido, sem voltar atrás.

Agradecemos sua colaboração

Pesquisadores Responsáveis:

Prof. Dr. Dênio Lima - UnB

Mestranda Moema da Silva Borges

Na sua opinião, **enfermagem** é....

A) Dentre as nove palavras anteriores, escreva em ordem de importância as três (03) palavras que melhor expressem enfermagem:

1º Lugar	
2º Lugar	
3º Lugar	

B) O que significa a palavra que você colocou em 1º lugar?

C) Na sua opinião, **cidadania** é....

D) Dentre as nove palavras anteriores, escreva em ordem de importância as três (03) palavras que melhor expressem cidadania:

1º Lugar	
2º Lugar	
3º Lugar	

F) O que significa a palavra que você colocou em 1º lugar?

G) Dados Pessoais:

IDADE:

SEXO:

INSTITUIÇÃO

FORMADORA:

TEMPO DE FORMADO:

MAIOR GRADUAÇÃO:

LOCAL DE ATUAÇÃO:

CRITÉRIO DE ESCOLHA PARA LOCAL DE ATUAÇÃO

TEMPO DE ATUAÇÃO NESTE LOCAL:

N.º DE EMPREGOS:

FUNÇÃO:

CARGO: