

ITALA MARIA BAZZARELLI PEREIRA SILVA

**A RELAÇÃO CONFLITUOSA ENTRE MÉDICOS E
ENFERMEIRAS NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Doutorado em Ciências Sociais

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

São Paulo

2006

ITALA MARIA BAZZARELLI PEREIRA SILVA

**A RELAÇÃO CONFLITUOSA ENTRE MÉDICOS E
ENFERMEIRAS NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor, sob orientação da Profa Dra Maria Helena Villas Boas Concône.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

São Paulo

2006

Banca Examinadora:

*Dedico este trabalho ao Rizzi, companheiro,
amigo e meu grande amor. Dedico também a
minha maior fonte de vida, meus filhos,
Marcella e Caio.*

À Deus, pelo dom da vida e pela possibilidade de realizar este trabalho.

Aos meus pais, por terem me orientado, e possibilitado que eu estudasse e chegasse até aqui.

Ao Rizzi, meu amigo, comparsa de todas as horas, pela força constante e apoio incondicional.

Aos meus filhos, Marcella e Caio pela compreensão, pelo carinho e por serem os melhores filhos do mundo, me dando a todo instante motivação para ser melhor.

À D. Joana por sempre me acompanhar em meu crescimento, ajudando e muitas vezes, ocupando meu lugar em casa para que eu pudesse realizar essa tese.

À minha amiga e orientadora, Profa Dra Maria Helena Villas Boas Concône, pelas horas agradáveis de orientação e competência aliada à disposição para me conduzir pelos caminhos do saber.

Ao tio Nery, por ser essa pessoa especial, que não mediu esforços em me ajudar.

Aos queridos professores do programa por me proporcionar novos conhecimentos no mundo do saber.

Ao CNPQ , por ter financiado essa tese.

A querida amiga Mara por ter sido tão disponível em me ajudar nos questionários.

Às enfermeiras e médicos que se propuseram a participar desta tese, meu muito obrigada.

“A concepção sistêmica da mente não está limitada a organismos individuais, podendo ser estendida a sistemas sociais e ecológicos, podemos dizer que grupos de pessoas, sociedades e culturas têm uma mente coletiva e, portanto, possuem igualmente uma consciência coletiva” (Jung).

RESUMO

Esta tese busca a compreensão das relações entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar. As relações de poder são discutidas nesse contexto por ser ele um cenário privilegiado onde a tensão e a disputa entre as diversas categorias profissionais se instalam devido a um modelo clássico hospitalar. Escolhemos trabalhar as relações entre o corpo médico e o de enfermagem por entendermos que tais relações são clássicas elas mesmas e apontam para aspectos pertinentes à estrutura social, às relações de trabalho e a valores culturais. Por outras palavras, a análise destas relações embora circunscritas, permitem ultrapassá-las iluminando aspectos da nossa realidade sócio-cultural abrangente.

A partir desta relação, alguns recortes se impuseram. Assim, discutimos as questões de gênero por ainda ser a profissão de enfermagem majoritariamente feminina e não obstante a profissão médica ser hoje um campo de atuação de profissionais de ambos os sexos, a profissão mantém uma “face masculina” que se explicita inclusive na linguagem (os médicos e as enfermeiras). Apontamos também para a questão das desigualdades socioeconômicas por serem estas verdadeiros gatilhos de novas diferenças quanto as possibilidades de acesso a determinados cursos em nosso país, já possibilitando uma questão de elitização de algumas profissões.

Finalmente, tratamos das representações sociais como capazes de modular condutas e, no caso em pauta, desempenhar um importante papel de permanência de valores ligados àquelas profissões.

As entrevistas realizadas com médicos e enfermeiras mostram bem o campo de tensões onde mudanças e permanências se confrontam.

Partimos, então do pressuposto de que para entender as relações entre aquelas duas categorias profissionais temos que levar em conta aspectos da organização hospitalar e aspectos da estrutura social brasileira na qual gênero e classe estão na base da trama social, bem como aspectos da história dessas profissões.

Este trabalho se inscreveu num campo interdisciplinar e o encerramos fazendo algumas proposições para o campo da atenção à saúde em geral.

Palavras-chave: saúde, enfermagem, medicina, interdisciplinar, poder.

ABSTRACT

The present paper aims at understanding the relationships between physicians and nurses in the hospital environment. Power relationships are discussed in this particular environment, where, due to the classical pattern most hospitals follow, tension and dispute between professional categories take place.

We chose to work the relationships between medical and nursing staffs because we understand that such relationships themselves are classical and they point to aspects that are pertinent to social structure, to work relationships, and to cultural values. In other words, though these relationships are delimited, their analysis enables us to go beyond them, bringing into light some aspects of our socio-cultural reality.

Based on this relationship, some aspects were seen as relevant. Thus, gender (male / female) was one of the subjects discussed regarding both professions: nursing and medicine. The nursing career has women as the majority of professionals; though physicians can be both male and female, the medicine profession still keeps a “male face” which is explicit even in terms of language: in Portuguese, the phrase “as enfermeiras” uses a feminine definite article and noun ending, while in “os médicos” the masculine definite article and masculine ending are used. We also point out to the problem of socioeconomic differences, for they trigger new restrictions regarding the possibility of access to specific courses in Brazil.

Finally, we approached social representations as capable of determining behaviors, and in the case studied, they play the important role of keeping the value connected to those professions.

The interviews with physicians and nurses bring to light the tension field where changes and permanence are in conflict.

We started from the assumption that in order to understand the relationships between those two professional categories we have to take into account aspects such as hospital organization and Brazilian social structure, which has gender and class at the base of its social formation, as well as aspects of the history of those professions.

This work was part of an interdisciplinary field, and we finished it making some propositions regarding closer attention to health in general.

Key words: health, nursing, medicine, interdisciplinary, power.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1. OS CAMINHOS DA INTERPRETAÇÃO.....	18
1.1. A INTERDISCIPLINARIDADE COMO RECURSO.....	21
1.2. AS RELAÇÕES ORGANIZACIONAIS E O PODER.....	23
1.3. TEORIA E MÉTODO.....	36
1.4. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUAS IMPLICAÇÕES NA MEDICINA E NA ENFERMAGEM.....	38
1.4.1. Caminhos e percursos da medicina na atualidade.....	42
CAPÍTULO 2. A MEDICINA E ENFERMAGEM: MITO E HISTÓRIA.....	51
2.1. A FORÇA DO MITO.....	51
2.2. A HISTÓRIA SOCIAL DA MEDICINA E DA ENFERMAGEM.....	55
2.2.1. A trajetória histórica das práticas de saúde.....	56
2.2.2. As Práticas de Saúde Instintivas.....	57
2.2.3. As Práticas de Saúde Mágico-Sacerdotais.....	58
2.2.4. As Práticas de Saúde no Alvorecer.....	59
2.2.5. As Práticas de Saúde Monástico – Medievais.....	60
2.2.6. As Práticas de Saúde Pós-Monásticas.....	62
2.2.7. As Práticas de Saúde no Mundo Moderno.....	64
2.3. A SAÚDE NO BRASIL.....	66
CAPÍTULO 3. O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO.....	74
3.1. A QUESTÃO DO PODER E DA CULTURA NAS ORGANIZAÇÕES NO BRASIL.....	77
3.2. A DEFINIÇÃO DE PAPÉIS NAS ORGANIZAÇÕES.....	83
3.3. A RELAÇÃO ENTRE MEDICINA E A ENFERMAGEM.....	86

CAPÍTULO 4. AS ENTREVISTAS REALIZADAS COM AS ENFERMEIRAS E OS MÉDICOS.....	91
4.1. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS.....	91
4.2. A FALA DOS MÉDICOS NO CONTEXTO HOSPITALAR	93
4.2.1. A fala dos Médicos.....	98
4.3. A FALA DAS ENFERMEIRAS NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	111
4.3.1. A fala das Enfermeiras.....	117
4.4. AS AVALIAÇÕES DOS RESULTADOS OBTIDOS.....	130
4.4.1. As Respostas dos Médicos.....	130
4.4.2. As Respostas das Enfermeiras.....	134
4.5. CONCLUSÕES OBTIDAS PELA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS MÉDICOS E ENFERMEIRAS.....	136
CONCLUSÃO.....	141
BIBLIOGRAFIA.....	150
ANEXO.....	155

INTRODUÇÃO

A intenção deste trabalho é fazer uma reflexão sobre a desigualdade que permeia as relações dos profissionais da área da saúde, tomando como objeto preferencial uma relação clássica qual seja, a relação entre o corpo médico e o de enfermagem, no espaço hospitalar. Não se pode esquecer que, com frequência, a desigualdade gera relações de poder e conflito.

Em razão disso, este importante tema deve ser considerado em sua complexidade.

1. DESPERTANDO O INTERESSE

O nosso interesse pelo estudo e, inevitavelmente, a investigação das relações entre médicos e enfermeiros, é antigo. Nasceu da convivência diária com esses profissionais, convivência essa que não se limitava aos espaços de trabalho.

No mestrado, fizemos uma primeira imersão na área da saúde, (aliando a formação em Psicologia e Administração) e nele refletíamos sobre a questão do prazer e sofrimento no trabalho. Ora, percebemos então que uma das grandes fontes de sofrimento no trabalho dos enfermeiros era a pressão hierárquica. Já os médicos, por sua vez, não acusavam sofrimento quanto a isso, porém, acusavam dificuldades nas inter relações com seus pares e, sem dúvida, desconfortos com a mesma situação no que tange ao corpo de enfermagem.

A convivência também permitiu perceber que há um problema nessas relações entre médicos e enfermeiras¹, pois os médicos ao serem indagados sobre as distâncias hierárquicas consideravam-nas “normais”, visto que a “vida das pessoas está constantemente em suas

¹ Optamos por não usar a unificação gramatical ou a diferenciação o/a no texto desta tese no sentido masculino e feminino, mesmo sendo esta uma questão central no trabalho em saúde. Portanto falaremos sempre de enfermeiras no feminino e médicos no masculino por percebemos que essa linguagem se torna mais adequada em questões de entendimento da leitura e também por uma questão de estética; no caso de enfermagem, aliás, a maioria quase absoluta é constituída de mulheres. Torna-se-ia enfadonho ter a cada momento médico/a ou enfermeira/o.

mãos” e isso já seria um fator de relevância para justificar a não isonomia de posições e de importância.

Numa convivência informal com profissionais médicos, ouvimos com frequência a afirmação de que a diferença hierárquica é “necessária e fundamental” já que se estuda “muito mais” na medicina, que na enfermagem, perspectiva esta que valida o poder dos primeiros sobre os segundos.

Buscando um maior aprofundamento da reflexão, fomos desenvolvendo, a todo instante, uma escuta de profissionais da área e, quanto mais se ouvia, maior era o interesse em validar tal estudo.

Ao percorrer este caminho, durante um curso ministrado na Unisa (Universidade de Santo Amaro, Janeiro de 2004) ouvimos dois relatos relevantes de duas enfermeiras mestradas em S. Paulo, o que justifica citá-los aqui.

O primeiro é de uma enfermeira do Estado do Pará, onde é Administradora Hospitalar, a qual afirmava que dentro de seu cargo “tem que assistir impassivelmente ao desmando dos médicos”. Dá um exemplo desses “desmandos”: o refeitório é igual para todos os funcionários, entretanto o valor do ticket para desfrutá-lo é diferente; isto é, o ticket apresenta valores diferentes que correspondem a possibilidades diferentes de consumo. Ora, apenas o corpo médico recebe o valor maior e, por conseguinte, tem acesso a um consumo privilegiado.

Claro que o “desmando” é da administração, mas pensado por ela como um “desmando” dos médicos, o que caracteriza uma relação no mínimo conflituosa. Tal fato (independente de seus motivos) configura sem dúvida, um viés de desigualdade.

A mesma enfermeira cita ainda uma relação extremamente tensa entre ela e os médicos e diz já ter ouvido frases como “você é só uma enfermeira como pode me dizer o que fazer?”.

O segundo relato é de um enfermeiro de João Pessoa que, ao se apresentar para a turma de mestrados disse estar muito feliz com seu momento de vida, pois tinha sido escolhido pelo Hospital Albert Einstein (São Paulo – Capital) para chefiar uma equipe de

enfermeiros e sentia-se realizado, já que sempre tinha sonhado em ter um cargo como esse. Na seqüência de seu relato disse estar muito feliz também, porque tinha prestado vestibular para medicina e tinha sido aprovado.

Nosso questionamento reside aí: se havia chegado a um posto almejado por muitos, em um Hospital de ponta como o Albert Einstein, porque esse desejo de ser médico? Ao ser questionado por nós disse que amava a enfermagem, mas que ser médico era “diferente”... (Isto é, provavelmente estava falando de status).

Através de observações realizadas durante um plantão médico no Pronto Socorro Municipal de Santo Amaro, na cidade de São Paulo, pudemos perceber que alguns comportamentos sinalizavam atitudes que foram por nós interpretadas como submissão das enfermeiras aos médicos, principalmente pela postura cordata que apresentavam; não obstante os próprios médicos as consideravam “prepotentes e omissas”. Observamos também, muita tensão quando a questão envolvia algum problema na prescrição de medicamentos ou procedimentos era um verdadeiro jogo de empurra, como se a responsabilidade não envolvesse vidas e sim, quem fez errado ou deixou de fazer, ou quem não entendeu a letra, ou ainda, quem sabendo que iria ocorrer uma cirurgia, não deixou o paciente de jejum por doze horas, sem contar as intermináveis discussões entre as enfermeiras durante os plantões, sobre o fato de ter que ir acordar os médicos. Estes dizem que as enfermeiras não os chamam e depois eles têm problemas com os pacientes; por sua vez as enfermeiras dizem não ter obrigação de chamá-los, pois o “plantão é deles”.

É interessante notar que, ao buscar sites de enfermagem na Internet, descobrimos que esta profissão aparece acoplada, associada, à medicina e depois a ela se subordina.

A transcrição de trechos de um destes sites é ilustrativa desta situação:

É na reorganização da Instituição Hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação, que vamos encontrar as raízes do processo de disciplinarização e seus reflexos na Enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve submersa até então. (www.corensp.org.br/conselho/corensp)

Outro trecho que vem corroborar tais questionamentos diz que, nas primeiras escolas de enfermagem, o médico foi, de fato, a única pessoa qualificada para ensinar e a ele cabia então decidir quais funções poderia colocar nas mãos das enfermeiras. Esse discurso talvez

possa ser um dos resquícios históricos que ainda hoje se refletem nessa relação conflituosa de papéis e de poder.

Há, ainda, um outro campo no qual, graças à informalidade e ao clima de camaradagem e brincadeira, o conflito das relações se expressa cruelmente: é o campo das anedotas. Embora possam parecer expressões ou comentários maldosos, as piadas muitas vezes trabalham com a representação subjetiva das sociedades². Quando o assunto é hospital, aparecem piadas de fundo sexual que ultrapassam o mero campo de relações profissionais:

“Trote de medicina”

Em uma conceituada faculdade de Medicina, quatro enfermeiras resolvem pregar trotes em um estudante novato. Depois das brincadeiras, elas se encontram pra contar o que fizeram:

- Eu coloquei algodão no estetoscópio dele! - disse a primeira, caindo na risada.
- Eu troquei as fichas dos pacientes dele! - comentou a segunda.
- Eu fui mais malvada! - disse a terceira - Encontrei uma caixa de preservativos na sua jaqueta e furei todos eles com uma agulha!

A quarta enfermeira desmaiou.

“Quando uma enfermeira sobe de posto? Quando se casa com um médico”.

“Doutor onde coloco minhas roupas? Pode ser do lado das minhas”.

O médico careiro

Após a consulta o sujeito pergunta ao médico; Quanto é a consulta, doutor?

Duzentos! Não tem desconto para um colega de profissão?

O senhor é médico também?

Não, eu também sou ladrão.

² Balandier fala em ‘teatro da zombaria’, expressão que atribui a Nicolau Eureinov, e que se torna conhecida graças a Beckett (Balandier, 1982).

Sem nos determos no caráter chulo, grosseiro, destas “piadas”, queremos apontar um dos aspectos que elas embutem: as relações de gênero. Realmente, o fato de a enfermagem aparecer como uma profissão majoritariamente feminina, age como um fator complicador das relações profissionais entre os setores em pauta. Percebemos uma discriminação muito grande quanto ao trabalho das enfermeiras, o qual quase sempre se presume homossexual, por ser uma profissão vista como eminentemente feminina.

Deve-se notar que as piadas sobre médicos, por outro lado, não envolvem questões de ordem sexual e nem fazem distinção interna de gênero (médico, médica). De fato, tratam o campo profissional como “masculino”.

A relação entre médicos e médicas também não figura no anedotário: as piadas incidem sobre as relações médico/paciente e sobre a busca de enriquecimento pecuniário.

Esses exemplos, um tanto quanto aleatórios, mas representativos deste tipo de relação, mostram que ela é marcada por relações de poder “real ou simbólico”. A questão do poder e da hierarquia será o norte teórico da nossa análise e deve ser, no nosso caso, articulada a características das profissões envolvidas e do seu corpo de profissionais.

A medicina é (ainda) entendida como profissão liberal, intelectual, científica e a enfermagem é (ainda) entendida como subsidiária, auxiliar, dependente. Na perspectiva do corpo médico a enfermeira padrão é quase desnecessária: ou é vista como uma técnica ou como alguém que deveria desempenhar um “trabalho braçal” no trato com o paciente; nesse sentido, o trabalhador que se faria necessário seria de fato o auxiliar, estes seriam os que na verdade “ajudam” (ou que de fato trabalham).

No âmbito da enfermagem, o novo desenho ou definição da profissão afunila o campo da atuação da enfermeira padrão³ que quase se reduz a administrar e controlar, que só define escalas (de auxiliares); vai-se perdendo o sentido mesmo da profissão que é o atendimento e o

³ Este termo por nós utilizado visa o entendimento daquela enfermeira que possua curso de graduação. Tal observação se torna pertinente por ainda se ter algumas confusões no campo profissional, como considerar enfermeira toda aquela que trabalha junto ao enfermo, quando temos ainda funções como, auxiliares, técnicas e enfermeiras.

cuidado ao paciente. Não é demais sugerir que a busca de valorização profissional perpassasse o caminho do redesenho da profissão, direcionando-o para longe dos aspectos técnicos vistos até como braçais. Hoje há, de fato, uma certa ambigüidade entre a definição e a atuação das enfermeiras formadas.

O COREN cada vez mais busca especificar o papel da enfermeira como de cuidadora, mas ao mesmo tempo afastando-a do contato diário com o paciente.

Outra fonte de ambigüidade está no fato de que, ao mesmo tempo em que afasta a enfermeira do paciente, o COREN luta para extinguir a função de auxiliar.

Tudo isso configura um campo extremamente complicado na Enfermagem, mais que no da medicina (que também está longe de ser monolítico ou ausente de conflitos).

Há outras diferenças importantes entre essas profissões que estamos discutindo: de classe, de gênero, talvez até de raça e de etnia (apontamos este em função de relatos informais de um médico negro ginecologista muitas vezes confundido com enfermeiros, gesseiro e técnico de raios-X; dificilmente visto primeiro, como médico).

A vertente do poder simbólico, por sua vez, se nutre pelas diferenças existentes entre os campos profissionais em questão e passa também pelas diferenças na história dessas profissões. Passa, sobretudo pela “qualidade mítica” que está na origem da medicina.

Se a medicina supõe um mito de origem (e engloba a enfermagem como uma de suas tarefas) a enfermagem é “histórica”, mesmo contando com suas “heroínas fundadoras”, ficando assim para o médico o papel de curar e o da enfermagem de cuidar.

È interessante notar que simbolicamente (independente da realidade profissional) o campo da enfermagem, definido como dos cuidados (e a enfermeira como cuidadora) remete para o pólo do nosso imaginário feminino tradicional; a medicina definida como da cura (ação ativa) oscila para o pólo masculino desse mesmo imaginário.

Todos esses questionamentos foram valiosíssimos para construirmos um olhar atento para essa relação tida como conflituosa na especificidade da realidade hospitalar.

Perante o exposto, a idéia inicial deste trabalho é percorrer o cenário hospitalar e alguns de seus atores, isto é, alguns dos profissionais da área da saúde, na busca de se entender como se manifestam às relações entre eles em um ambiente muito particular, pois “aí se vive freqüentemente entre a vida e a morte e esse cenário acredita-se ser aliciador de vários sentimentos e reações, que escapam à percepção dos atores, constituindo-se em facilitadores ou restritores de uma convivência harmoniosa” (Chanlat,1993).

Então dentre os numerosos atores que dividem o espaço hospitalar, escolhemos como já foi dito, o foco constituído por médicos e enfermeiras, porque aí um pólo de conflito ficou muito evidenciado, especialmente porque, historicamente, essa relação é central nesse espaço, relação esta que caracterizamos como “clássica”. Reforçando, estas relações se mostram mais tensas no universo do hospital, por ser ele uma entidade hierarquizada.

Ancoramos esse pensamento no movimento da Administração Científica, fundada por Taylor e seus seguidores (Chiavenatto, 2000) que preconizava que nas indústrias havia uma necessidade de comando, desenvolvendo uma concepção individualista e econômica, restrita aos determinantes do comportamento humano.

Neste período, é que se constituíram e persistiram até os nossos dias, os modelos subjacentes mais sólidos do pensamento administrativo clássico, tendo o exército e a máquina, a colméia ou o formigueiro como seus melhores representantes.

Metaforizando, estes modelos simbolizam com muita força a previsibilidade, a disciplina, a ordem, a divisão minuciosa do trabalho, a especialização detalhada das funções, a lógica mecânica, a conduta racional, a constância do esforço e a obediência dócil. (Morgan, 1989).

Toda essa visão caracteriza o modelo hierarquizado de separação entre os que pensam e aqueles que executam. Embora não estejamos falando do contexto das indústrias, o paralelo fica fácil e claro de perceber. Esta separação entre a execução e a construção das idéias, objetivos e estratégias nas organizações, ainda hoje é possível verificar-se ; isso nos remete a um cenário onde, de um lado, vemos o processo da globalização,em que tudo é repensado, renovado, tecnologicamente de ponta, mas, do outro lado, ainda há idéias muito cristalizadas em modelos da administração científica.

Buscamos neste trabalho, avaliar a questão hierárquica e separatista da dinâmica organizacional, dentro de um contexto hospitalar, na relação entre o corpo médico e o corpo de enfermagem, podendo assim ser uma geradora de conflitos.

Como o objetivo central consiste em percorrer este cenário e suas vertentes simbólicas, escolhemos essa clássica relação, permitindo aprofundar as indagações preliminares sobre a questão das relações serem influenciadas por este ambiente tão contraditório, já que vive-se a vida e a morte a todo instante.

Para tal análise, levantamos a hipótese de que os que ancoram a desigualdade e o conflito são: o estatuto das organizações, (no caso a organização hospitalar), a persistência de modelos e representações culturais das profissões objeto de estudo e a história social dessas profissões entre nós.

Decorrente desta ancoragem e desdobrando-a, uma nova hipótese pode ser formulada: relações de gênero e classe que compõe o tecido dos conflitos.

Não tratamos aqui das questões etno-raciais (a não ser incidentalmente) para não sobrecarregar a discussão e por acreditar que a questão da classe pode contemplar alguns daqueles aspectos, embora não os esgote.

Usamos o conceito da interdisciplinaridade como recurso, por percorrermos as vertentes sociais, psicológicas e históricas na construção deste trabalho.

Para dar conta deste desafio, esta tese será apresentada nos capítulos seguintes:

CAPÍTULO 1. OS CAMINHOS DA INTERPRETAÇÃO

Procuramos aqui deixar claros alguns pontos que nortearam a construção e o encaminhamento do problema sobre o qual queremos refletir.

Primeiramente, este é um trabalho interdisciplinar,⁴ desde sua formulação. A primeira reflexão sobre as relações inter-profissionais e sobre o sofrimento no trabalho, foram realizadas (como apontado anteriormente), no contexto do mestrado, onde procuramos estabelecer uma interface entre a formação da pesquisadora na área de Psicologia (área abraçada como profissão) e a área da Administração.

O apelo da interdisciplinaridade não se fechou aí. De fato, só apontou a necessidade de nos aprofundarmos nessa direção, uma vez que consideramos que a multiplicação do olhar (se podemos falar assim) permite uma visão mais densa da realidade em si complexa. De fato, foi o reconhecimento dessa complexidade que nos levou a buscar as Ciências Sociais, e, mais especificamente, a área da Antropologia.

Em função da formação da pesquisadora na área da Psicologia e com interface na Administração e agora na Antropologia, uma análise das relações entre os indivíduos no contexto organizacional e a influência de seus conteúdos pessoais e representacionais, torna esta multiplicação quase inescapável. Acreditamos que a análise das entrevistas (por pobres que elas pareçam, ou até por causa disso) tornará evidente a necessidade de múltipla leitura.

Queremos aqui abordar também a questão do “lócus” da investigação do problema que é o espaço hospitalar.

⁴ Entende-se por interdisciplinaridade (ou pesquisa científica e tecnológica interdisciplinar) a convergência de duas ou mais áreas do conhecimento, não pertencentes à mesma classe, que:

1. Num processo de síntese contribua para o avanço das fronteiras da ciência ou tecnologia que, de resto, seria impossível sem essa interação.
2. Faça surgir um novo profissional com um perfil distinto dos já existentes, com uma formação básica sólida e integradora.
3. Transfira métodos de uma área para outra, gerando novos conhecimentos ou novas disciplinas.

Esta escolha se deu por ser o hospital um lugar de sofrimento e angústia, pois se vive a morte e a vida a todo instante, e também pela representação de poder como atração do médico e o aspecto de cuidar como atração da enfermagem.

Esta relação dita aqui como clássica é evidenciada em um contexto muito específico, o hospital, pois é neste que a interdisciplinaridade acontece, embora ainda havendo uma “supremacia simbólica” quase hegemônica da medicina em relação aos outros profissionais. Isto pode ser evidenciado nas lutas dos conselhos das áreas da saúde pelo não ao ato médico.

A escolha desse “espaço” trouxe uma dificuldade específica; a impossibilidade da observação das relações “in locu” e a escolha de trabalhar com entrevistas, visto que os profissionais envolvidos não se mostraram receptivos a entrevistas abertas. Mas tal problema foi contornado com a realização de questionários abertos, deixados previamente com tais profissionais e depois recolhidos.

Ainda neste capítulo, será abordada a implicação das representações sociais na medicina e na enfermagem, por julgar-se tal conceito como um instrumento de avaliar as construções sociais em torno dessas profissões.

No capítulo 2 abordaremos a medicina e a enfermagem em sua periodização, percorrendo as questões do mito, história e o quanto tudo isso reforça ou estrutura a relação entre essas duas áreas.

Como o desenvolvimento das práticas de saúde sempre esteve atrelado às estruturas sociais e seus movimentos, é preciso nos reportar à história da organização dos serviços e à evolução do conhecimento em saúde, por encerrar dados valiosos na construção de modelos que podem estar cristalizados e fortemente representados nas estruturas da saúde até os dias atuais. Parafraseando Bourdier ; “são estruturas estruturantes.”

Ainda será discutida a questão da saúde no Brasil por julgar-se importante tal reflexão a fim de justificar-se ou não o glamour do médico e em muitos momentos a questão de subordinação da enfermagem.

No capítulo 3 o hospital será analisado em seu recorte organizacional.

Serão vistas suas questões hierárquicas, o poder que tece as relações e a força da cultura organizacional, pois as organizações são mini sociedades que apresentam padrões distintos de cultura e subcultura (este conceito não será aqui abordado por não ser pertinente ao tema).

A cultura apresenta padrões e crenças ou significados compartilhados, apoiados em várias normas operativas e em rituais que podem influenciar a forma de lidar com desafios.

Outra forma de se delinear a cultura dentro das organizações é através de conflito entre grupos, pois essa é a somatória da história (mudanças, como foram vistas, trabalhadas, elaboradas).

Isto é muito pertinente a esse trabalho por evidenciar a questão conflitiva entre o corpo médico e o corpo de enfermagem.

Neste capítulo também serão retomadas as hipóteses para explicar o porque destas relações serem tão difíceis e será buscada através da comprovação, ou não, a “raiz” da questão da hegemonia da medicina sobre a enfermagem.

Nossas hipóteses de trabalho são:

- A) A desigualdade decorre de relações de gênero;
- B) A desigualdade decorre de classe social;
- C) A desigualdade como consequência da mitificação da figura do médico,(O hospital entrará com seu papel agregador de conflitos).

No capítulo 4 as entrevistas serão transcritas em sua íntegra e seu conteúdo será analisado através do discurso manifesto e do que não é dito, porém percebido no âmago das relações e representações. Buscaremos um quadro comparativo entre médicos e enfermeiras, a fim de se visualizar as questões que norteiam essas relações.

É importante prevenir o leitor de que alguns entrevistados deram respostas lacônicas ou mesmo em alguns momentos não responderam. Isto se caracterizou como uma grande

dificuldade na pesquisa, pois o contato direto só foi possível inicialmente devido ao conhecimento do pesquisador com alguns entrevistados, sendo nestes contatos, colhido material muito relevante para sustentar o interesse pela pesquisa. Sentindo a necessidade de realizar um numero maior de entrevistas e o contato direto sendo praticamente impossível, optou-se por um questionário curto que foi entregue a uma profissional conhecida que por sua vez os distribuiu aos novos participantes da pesquisa, recolhendo-os depois; não houve nenhum contato nosso com esse segundo grupo de profissionais.

Um ponto importante é que esses questionários foram entregues em hospitais públicos e privados a fim de não se ter uma visão tendenciosa, que viesse a interferir na análise.

O objetivo desses questionários foi o de dar suporte às indagações preliminares e também buscar entendimento sobre como os profissionais da área da saúde, na especificidade, na medicina e enfermagem, lidam entre si no contexto hospitalar e se suas escolhas estão ancoradas em uma representação de modelo da saúde.

No capítulo 5 será realizada a conclusão. Nesta, serão comentadas as hipóteses e sua confirmação ou não.

Retomamos também os caminhos que nos levaram a elas, amarrando o referencial teórico com o material colhido e a análise da pesquisadora.

Ao buscar a sustentação teórica pertinente ao assunto, pode-se perceber a necessidade de se percorrer o campo das Ciências Sociais, em especial a Antropologia, além da História da Psicologia e da Administração.

1.1 INTERDISCIPLINARIEDADE COMO RECURSO

Justifica-se tal necessidade por essas disciplinas abordarem o homem em três vertentes distintas, porém complementares: a Psicologia irá avaliar o impacto psicológico do contraditório ambiente hospitalar sobre os personagens que o “habitam”, sobre suas relações. A Antropologia permitirá refletir sobre os fundamentos da relação conflituosa: seria ela

oriunda de conflitos de classe, gênero, etnia? Claro está que o poder econômico permeia estas variáveis. O recurso a História é mais pontual neste trabalho e permite identificar o processo de surgimento e estruturação das profissões envolvidas, fatores estes que podem ter sido responsáveis pelo modo como cada uma é vista pela sociedade e que efeitos “emprestam” ou colam nessas profissões atualmente.

Para ampliar este estudo, faz-se necessário avaliar o contexto institucional onde esses atores sociais estão inseridos, ou seja, os hospitais. Para um recorte mais preciso, buscaremos conceitos na área da administração com o objetivo de entender como se formam as culturas e como contribuem ou não para a manutenção dessa relação conflituosa.

Qualquer que seja a forma de avaliar o exercício do poder (decorrente das capacidades individuais ou de uma situação relacional), há mais que o contexto específico em jogo. Por outras palavras, há questões de ordem estrutural a partir das quais o exercício do poder se faz.

Em termos da sociedade brasileira (pelo menos) as questões levantadas antes (classe, gênero, etnia) são estruturais. Exemplificando o funcionamento desse quadro social, podem-se apontar algumas representações: quando o médico é negro, isso sugere o quanto “esforçado” ele é, pois “apesar de negro ele venceu”. Ou quando um enfermeiro é do sexo masculino sugere-se que ele seja homossexual, por abraçar uma profissão eminentemente feminina⁵.

Para estruturar a discussão sobre a conflituosa área da saúde na especificidade da medicina e enfermagem, se faz necessário avaliar as relações de trabalho neste setor.

Alguns pontos são inegáveis: as relações de trabalho são competitivas e o trabalho é fragmentado; o conceito de saúde reduz-se à digressão teórica concretizando-se na prática como um conjunto de trabalhadores restritos a suas ocupações muito bem recortadas e definidas, sendo que, no exercício da saúde, o controle fica circunscrito ao médico, enquanto às enfermeiras também delimitado fica o papel de cuidar, remontando a questões míticas da medicina e da enfermagem.

⁵ Esse comentário não busca estigmatizar a profissão, ele está alicerçado no mundo das idéias e representações culturais. Está presente nas falas populares, por exemplo, que supõe que todo cabeleireiro seja homossexual, por ser uma profissão majoritariamente feminina assim como o cozinheiro, o costureiro, o bailarino enfim, uma gama de profissões que migram do universo feminino para o masculino encontrando resistência de se ter apenas uma preferência da profissão e não uma identidade feminina.

A pergunta se instala: De onde vem este poder médico na saúde? Como se construiu o papel de “proprietário exclusivo” do saber de saúde, elemento central, da assistência de saúde, ficando os demais profissionais transformados em perfeitos auxiliares?

A fim de se buscarem respostas a essas indagações, se faz necessário conceituar o que vem a ser o poder e sua influência nas relações organizacionais.

1.2. AS RELAÇÕES ORGANIZACIONAIS E O PODER

Essa resposta não surge de observações do senso comum, mas se faz imperioso que se recorra a conceitos construídos durante todo o percurso civilizatório, ou seja, à fundamentação de um elemento gerador de conflitos, inclusive teóricos: o poder. Ele encerra em si numerosas definições e é difícil delimitar exatamente em que reside o fenômeno.

Sabe-se que está ligado a padrões assimétricos de dependência através dos quais uma pessoa ou unidade se torna dependente de outra de maneira desbalanceada e que isto tem também muito a ver com a habilidade de definir a realidade dos outros de maneira a levá-los a perceber e representar o tipo de relações que se deseja. Todavia, está longe de ficar claro se o poder deveria ser compreendido como um fenômeno de comportamento interpessoal ou como uma manifestação de fatores estruturais profundamente instalados. Não está claro se as pessoas têm e exercem o poder como seres humanos autônomos, ou se são simplesmente portadores das relações de poder que são o produto de forças mais fundamentais. Esses e outros aspectos - ou seja, se o poder é um recurso ou um relacionamento, se existe distinção entre poder e processo de dominação social e de controle, se o poder está, em última análise, ligado ao controle do capital e à estruturação do mundo econômico, ou se é importante distinguir entre o poder real manifesto e o poder potencial-continuam a ser assunto de considerável interesse e debate entre aqueles que estão interessados na sociologia das organizações. (Morgan, 1996: 191)

Assim como Morgan, durante os últimos anos, os pesquisadores das organizações foram ficando cada vez mais conscientes quanto à real necessidade de referenciar a importância do poder para elucidar os assuntos que permeiam as relações organizacionais. Embora muitas pesquisas tenham sido conduzidas, nenhuma definição clara e precisa de poder surgiu. Enquanto alguns vêem o poder como um recurso pessoal, como algo que a pessoa possui, outros o vêem como uma relação social estabelecida por algum tipo de dependência oriunda da influência sobre alguma coisa ou alguém.

O poder é o meio através do qual conflitos de interesses são, afinal, resolvidos. O poder influencia quem consegue e quem legitima esse poder, isto é, aceita ser comandado ou simplesmente aceita a superioridade da pessoa que tem situacionalmente ou institucionalmente o poder.

O poder domina os que o detêm e, por isso mesmo, estabelece uma dominação ilimitada sobre as pessoas. Propicia a manipulação de forças, mas seu uso de maneira desordenada e inadequada faz surgir a violência social e, com ela, a desorganização e possivelmente os conflitos. Situa-se aparentemente acima da sociedade e dos interesses particulares, mas mantém-se como organizador das desigualdades e das principais hierarquias, que através destas ordenam a sociedade. Por outras palavras, o exercício do poder tanto organiza a sociedade e o grupo, quanto o desestabiliza: no limite é sempre uma situação provisória. O exercício do poder gera continuamente descontentamento e contestação (mesmo que abafado e surdo), nesse sentido está sempre em equilíbrio precário, tendo que estar sendo validado continuamente.

É característica do poder, a possibilidade de unificação tanto quanto de divisão e opressão, sendo integrante de sua natureza a divisão e a violência legitimada (Balandier, 1997).

O imaginário coletivo lida com o poder também de forma simbólica e o articula através dos mitos e das práticas que os traduzem em atos.

As definições de poder freqüentemente esbarram em dificuldades por ter que ser considerado em dois níveis de atribuições: pessoal e relacional. As fontes de poder são ricas e variadas, nutrindo aqueles que querem e necessitam dirigir (aqui se fala também de características pessoais e necessidades de poder ligado à história de cada um) e agir de modo ilícito, perseguindo os seus interesses através de muitas formas.

Outro modo de avaliar o poder é o relacionado ao conhecimento, conferindo ao detentor do saber uma posição privilegiada sobre os demais, ou garantindo-lhe o exercício legítimo do poder.

Não poderíamos, nesta avaliação sobre a construção do poder, deixar de citar a força do conhecimento, pois ela incide sobre outra distinção: a divisão entre trabalho intelectual e trabalho braçal.

Considerar essa “modalidade” de poder tem uma inspiração Foucaultiana, pois na busca de compreender de forma mais abrangente as relações de poder, procuramos refletir como os mecanismos de poder influenciam o cotidiano das pessoas.

Foucault não compartilha uma maneira de se perceber o poder como uma mercadoria, algo que possa ser incorporado em uma pessoa, instituição ou até algo usado em questões pessoais e institucionais. Advoga que “Poder não é algo que se adquire, se toma ou compartilha, algo que se detém ou de que se abre mão” (Foucault, 1981:94).

Dessa maneira conclui-se que poder possui uma natureza relacional e se personifica ao ser exercido.

Essa forma de perceber o poder tem extrema relevância neste trabalho, visto que, em alguns momentos das entrevistas e dos questionários, ficou evidenciado que a medicina muitas vezes assegura uma posição de destaque sobre as demais profissões, por abarcar um conhecimento apurado do funcionamento do organismo, legitimando a sua interferência na vida dos pacientes, refletindo assim um poder simbólico, quase sagrado, sobre a possibilidade de vida e morte.

O exercício do poder em si mesmo cria e faz emergir novos objetos do conhecimento e acumula novos corpos de informações (...) o exercício do poder perpetuamente cria conhecimento e, por outro lado, o conhecimento constantemente induz efeitos do poder (...) não é possível para o poder ser exercido sem conhecimento, é impossível ao conhecimento deixar de gerar poder. (Foucault, 1980:52)

Neste trabalho, devido à natureza complexa e por vezes contraditória de se avaliar, conceitualizar e contextualizar o poder, algumas definições sobre ele serão avaliadas. Este cuidado é necessário, visto que o núcleo desta tese incide sobre as relações entre o corpo médico e o da enfermagem, as relações ditas como fonte de conflitos de poder. Para ampliar a visão de tal conceito, faz-se necessário então, retomar algumas definições que têm similaridade, outras que se complementam e até as que são contraditórias.

Assim, tomando algumas definições exemplares, temos que poder é:

*Segundo B. Russel (Power London: Allen and Unwin,1938): “A produção de efeitos desejados”

Nesta definição o poder é em si, a forma como ele atua a fim da obtenção do que se quer.

*Segundo M.F. Rogers (Instrumental and Infra-Resource: The bases of Power-American journal of Sociology, 1973): Poder é o “Potencial de influência”

*Segundo G. Morgan (Imagens da Organização, 1996): “O Poder é o meio através do qual conflitos de interesses são, afinal, resolvidos. O poder influencia quem consegue o quê, quando e como”.

Aqui o poder se transforma em capacidade de influir (não simplesmente impor).

Segundo Chanlat et al in Hindess, 1982 “O poder é uma questão fundamental de mobilização de recursos e de meios de ação num contexto de luta específica”.

Temos aqui uma perspectiva de conflito sempre num contexto de luta.

Segundo Talcott Parsons (1952:161):

O Poder, então, é a generalizada capacidade de assegurar o desempenho de obrigações por parte de unidades, num sistema de organização coletiva, quando as obrigações são legitimadas com referência ao seu impacto sobre metas coletivas e onde, no caso de recalcitrância, há um pressuposto de imposição de sanções de qualquer que seja a real agência daquela imposição.

A conceituação do poder, segundo Parsons, liga-se à autoridade, consenso e busca de metas coletivas e dissocia-se dos conflitos de interesses, em particular, da coerção e força. Traz em seu âmago, um poder da institucionalização da autoridade e é concebido enquanto gerador capaz de mobilizar engajamentos ou obrigações de efetiva ação coletiva.

Toma o poder enquanto necessidade da sociedade para garantir o cumprimento de obrigações e legitimamente punir a recalcitrância. Ele decorre da organização coletiva.

Um outro recorte sobre o poder é o do significado simbólico inerente a todo poder.

Este só se exerce sobre pessoas e coisas se recorrer, mesmo sob a opressão legitimada, aos meios simbólicos e ao imaginário. O acesso ao poder político é tanto o acesso à força das instituições, quanto à força dos símbolos e das imagens. As insígnias do poder (regalia) materializam as imagens e sua mera apropriação é, às vezes, suficiente para conferir legitimidade a qualquer um que o detenha. (Balandier, 1997:92)

Partimos assim para uma análise simbólica de poder, onde podemos ressaltar que os símbolos que dão sustentação em um contexto hospitalar para que os médicos possam ser vistos como especiais, se apóia numa dimensão “simbólica” dado que lhes é atribuído o saber sobre a vida e a morte.

Ora, em um ambiente difícil de se conviver justamente por se viver à angústia de vida e morte (Chanlat, 1993) o ser capaz de solucionar, dar respostas a essa angústia é revestido desse poder que, por sua força, atinge não só o âmbito hospitalar, mas passa a ser um estruturador nas relações profissionais e na sociedade visto o “glamour” que esta profissão encerra mesmo com o quadro desolador da Saúde na realidade brasileira.

A persistência dos “enlatados” da tv sobre a atividade médica (nos anos 70 duas figuras mobilizaram o imaginário dos jovens - e especialmente das jovens - o “Dr Kildare” e o “Dr Case”) é um bom exemplo do que chamamos “glamour”. Na tv dos anos 90, o “Plantão Médico” e “Boston Hospital” fizeram sucesso; hoje na tv paga encontramos “E.R.”(as turbulências de uma emergência de um grande hospital), “Strong Medicine” e o anti-herói “House”. Este último médico (cuja série já entrou no seu segundo ano), mal humorado, avesso às normas e burocracias, que se recusa quase sempre a ter contato com pacientes hospitalizados, mantém seu prestígio (e seu emprego), graças à sua capacidade quase insuperável de resolver casos complicados e de salvar vidas.

Esses ícones de sucesso são reproduzidos também nos filmes de Hollywood , onde aos médicos sempre são personificados em atores belos e dotados de vida farta e rica.

É interessante ressaltar que o filme “Patch Adams”⁶ (o amor é contagioso) que envolve o universo médico muito rico nas representações tão instituídas, mostra que aquele que “ousa” atuar diferente do proposto é duramente isolado pelo grupo, mostrando a força e necessidade de manutenção do que se tem (o poder).

Na realidade brasileira vimos, no mundo da dramaturgia, exemplos de novelas onde os médicos geralmente são bonitos, ricos e famosos, nunca ou quase nunca, mostram a saga de um médico para conseguir ter uma vida moderada e com algum conforto.

Os exemplos acima citados servem como parâmetro para nós utilizarmos em alguns momentos desta tese: a glamorização em torno da medicina.

Ao se buscar analisar a relação conflituosa, difícil da medicina e da enfermagem, devemos focar nas relações organizacionais, por ser neste cenário que se materializam as diferenças.

As relações de poder nas organizações são categorizadas em relações de produção e, em relações simbólicas, isto porque o poder intervém sempre ao mesmo tempo internamente na hierarquia e na linguagem, na dominação e no simbólico o poder se exerce, e se faz presente, material e simbolicamente.

Neste trabalho, o poder simbólico é especialmente importante pois ele é um elemento estruturante da dificuldade relacional, que muitas vezes está mais na “cabeça” das pessoas, do que no organograma funcional.

Tal textualização pode ser apoiada na fala de Bourdieu:

o poder simbólico não reside nos sistemas simbólicos em forma de uma “illocutionary force” mas que se define numa relação determinada- e por meio desta - entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença. O que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de a subverter, é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras. (Bourdieu,2000:14;15)

⁶ Importante ressaltar ao leitor que as vitórias conseguidas pelo Patch se inserem muito mais em suas qualidades pessoais e luta árdua do que apenas uma mudança conceitual da classe médica.

Dentre essas definições, a que possui maior aderência a este trabalho, é justamente a que se ancora no pensamento que permite visualizar as organizações como fontes de poder hierarquizado, embora reconheça que este poder deve ser legitimado pelos seus pares, antes de ser institucionalizado, isto é, se aceita (aí entra a função do simbólico, ditado por um suposto conhecimento que outorga aos seus detentores, os médicos, uma função quase mítica sobre os ‘meros mortais’ já que a vida é garantida por eles e a morte também).

Esse forte “poder”, mesmo sendo de origem simbólica, mas com legitimidade em função da medicina possuir um forte apelo sobre as demais profissões do campo, diferencia neste caso os médicos, contrapondo-os ao corpo de enfermagem.

Concluindo, poderíamos dizer que uma característica que estas definições de poder compartilham é seu caráter avaliatório em função de estar buscando em cada definição uma avaliação mais apropriada dos mecanismos que interagem no pleno exercício de poder e não a sua essência, a sua natureza. Cada uma emerge e opera dentro de uma perspectiva moral e política particular.

Com efeito, nós diríamos que o poder é um daqueles conceitos inseparavelmente dependentes do valor. Por isto, queremos dizer que tanto sua própria definição, quanto qualquer uso dele, uma vez definido, estão inseparavelmente ligados a um certo conjunto de pressupostos avaliatórios.

Além disso, o conceito de poder é, em conseqüência, o que tem sido chamado de um “conceito essencialmente contestado”, ou seja, um daqueles conceitos que “inevitavelmente envolvem infinitas disputas sobre seu uso próprio por parte dos seus usuários”. Na verdade, engajar-se em tais disputas é engajar-se a si mesmo.

Tal afirmação encontra eco na percepção que se pode ter em conversas até informais sobre o quanto o tema poder é polemizado, pois ao se mencionar tal assunto os envolvidos “usam” teóricos, fatos atuais, lembranças da história, enfim uma gama de discursos para falar do “outro”no uso do poder, como se ao falar do fascínio que o poder causa em si próprio, fosse admitir a própria ganância e ânsia que existe na natureza humana por ele. Há no senso comum uma avaliação que oscila entre o pólo negativo (poder como um mal em si) e outro pólo positivo(como “necessidade social” e como fascínio).

Resumindo o que até agora dissemos, vale lembrar que não é o poder em geral ou em abstrato que nos mobiliza neste trabalho. A questão que é enfocada diz respeito aos modos de atribuição do poder e ao seu exercício no campo da saúde.

Uma observação não sistemática deste campo revela que o pólo detentor do poder e da legitimidade é o pólo médico. Há um simbolismo poderoso, porque não, uma mitificação poderosa da figura do médico. Prova disso é que mesmo com toda precariedade da saúde brasileira e conseqüentemente dos profissionais médicos, persiste um encantamento, um certo glamour em torno dessa figura, superando em poder, distinção e prestígio social todos os demais profissionais da área da saúde (mesmo estando em igualdade de condições salariais ou, até mesmo em situação pior que outros profissionais da área).

O sucesso e o número grande de “enlatados” recentes (que continuam a tradição de sucessos anteriores) que tomam o plantão médico como tema, parece não deixar dúvidas sobre esse fascínio (como apontamos páginas atrás).

Sem dúvida, há aparentemente alguma mudança neste quadro, em termos da nossa sociedade, pois a relação de candidatos por vaga na medicina diminuiu em 2001 sendo substituída na preferência dos candidatos e não ocupando mais o primeiro lugar no “ranking” das profissões mais disputadas (Fuvest, 2001).

Há profissões modernas na área da comunicação que adquiriram um certo “glamour” (é só ver nas novelas), mas há que considerar que tais profissões modernas aparecem como especialmente rendosas.

Na contramão desta afirmativa, a publicação do CFM (Conselho Federal de Medicina) em defesa do projeto de lei que regula o ato médico (PLS N 25/2002)⁷ apresenta um panorama de maior importância, quando afirma que:

⁷ Artigo 1 A definição

Art 1 ato médico é todo procedimento técnico –profissional praticado por médico habilitado e dirigido para: I- a prevenção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;

II- a prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução e procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;

III- a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.

Em todas as universidades, o curso de Medicina é sempre o mais disputado. É muito difícil nele ingressar. Na média nacional, cada vaga é disputada por 50 candidatos. A esta dificuldade soma-se outra de natureza qualitativa: o curso de Medicina é o que exige maior nota para entrar na faculdade. (Brasília, 2003)

Não se pode afirmar, entretanto, que este quadro reflita necessariamente a verdade, mas pode sugerir a dificuldade que “os médicos” (aqui personificados no papel de representantes legais nos conselhos de Medicina) apresentam em admitir que sua profissão já não é a mais procurada, a mais glamourosa, enfim que algo está se modificando, embora persista um encantamento que muitas vezes é mais uma atribuição própria da classe, que o impõe ou reforça no imaginário coletivo.

Isso coloca em destaque o enorme poder facilitador que as organizações oferecem aos médicos, principalmente àqueles que estão em posição de autoridade nominal e superior, mesmo quando em outro nível, esse poder possa ser contestado graças à inteligência criativa de um poder formalmente subordinado.

Pode-se notar que em equipes multidisciplinares os papéis são muito bem recortados, delimitados, não podendo nenhum profissional da saúde exercer algo atribuído ao médico.

O mesmo não ocorre quanto aos outros profissionais, pois como a sua área entrou na graduação de medicina, eles se sentem capazes de contestar a fala ou atuação desses profissionais de novos campos (fisioterapeutas, nutricionistas entre outros), e o que é pior, encontrando respaldo no contexto hospitalar.

Tal afirmativa se confirma em observações realizadas durante seminários propostos pela pesquisadora (enquanto professora de Psicologia aplicada à saúde na Universidade de Santo Amaro em 2000 e 2001) quando alunos de graduação (3^a. Ano de Odontologia) ao realizarem pesquisas no Hospital de Reabilitação e Anomalia Crânio - faciais da Universidade de São Paulo/Bauru ouviram de vários profissionais o quanto era difícil trabalhar a questão interdisciplinar, e, ao mesmo tempo, que esta era elo vital para a recuperação.

Atribuía-se a dificuldade justamente ao fato de corpo médico não respeitar, por exemplo uma dieta dada pela nutricionista, com respostas que gravitavam em torno de um discurso soberbo “eu tive nutrição na faculdade” e desqualificador, não atribuindo um maior valor à dieta prescrita por eles que são especialistas.

Esse exemplo pode contribuir para ancorar a afirmativa anterior, já que esta forma de condução profissional encontra respaldo na estrutura organizacional deixando sempre a palavra final ao médico.

Isto se configura ao utilizar-se dentro da estrutura organizacional um modo ardiloso, onde as possibilidades de “vencer” esse poder são remotas. As estruturas organizacionais são formadas pelas relações formais (ditadas hierarquicamente) e pelas informais (criadas pelo grupo em função de simpatias, semelhanças, etnia, credo, enfim, vários fatores que levam os indivíduos a se relacionarem). Devido à força das relações informais no contexto organizacional, elas muitas vezes se impõem contra a estrutura hierarquicamente formulada, e o poder irá expressar-se nas e pelas práticas disciplinares e pelas lutas dos grupos que se opõem ou resistem a tais práticas.

No caso do hospital, a percepção e manutenção dessa hegemonia é tão antiga, que qualquer movimento contrário é abafado (este assunto pode ser bem exemplificado no filme “Patch Adams” anteriormente citado).

Mas falar em condições simbólicas ou não, em construções sociais, em estruturas organizacionais, em costumes culturalmente arraigados ou em lugares historicamente conquistados, exige que se considere a forma como vai a situação da saúde no Brasil, visto que este trabalho não tem a presunção de avaliar toda a classe médica a nível mundial, principalmente porque “lá fora” tem-se um contexto sócio-econômico diferente e a estruturação das profissões é alocada em lugares sociais muitos bem estabelecidos (não se trata aqui de avaliar-se países e nem culturas, mas nos restringiremos ao contexto brasileiro).

Quando adentramos um contexto organizacional na especificidade deste trabalho, nos hospitais, deparamos com a precariedade da saúde, e isto sem dúvida provoca posicionamentos contraditórios e, na quase totalidade das vezes, irá exigir dos profissionais uma revisão de seus valores acadêmicos, pessoais e até mesmo sócio – políticos.

O contexto hospitalar dista de forma significativa daquela idealização feita nas lides acadêmicas, quando, na verdade, esse era o ideal realmente desejado.

As condições que os profissionais enfrentam, no seu dia a dia, são cada vez mais precárias; falta de material, equipamentos obsoletos e uma jornada desumana aliada a uma remuneração defasada transforma aquele ideal numa dura e indesejada realidade .

Se, entretanto, as condições são cada vez mais precárias, mesmo assim o encantamento pelo branco e pelo poder institucional resiste e persiste colocando os médicos em um lugar pouco comum, distanciando-os de todos os outros profissionais da saúde, mesmo que haja equivalência salarial; se há um tratamento comum a todos, o que sempre fica evidenciado é uma distinção especial do médico, mesmo que as condições atuais sejam outras.

Se estruturalmente esta prática não mais se justifica, o poder simbólico, mítico mesmo da medicina, corporificada nos médicos, ainda persiste influenciando a coletividade e as estruturas organizacionais hospitalares.

A organização, enquanto espaço particular da experiência humana, é um lugar propício à emergência do simbólico. Este simbólico é marcado por uma tensão característica das sociedades industrializadas em que, de um lado, existe a razão econômica que reduz a significação atribuída ao trabalho e, do outro lado, aparece a existência humana na procura ininterrupta do simbólico. (Chanlat, 1993: 30)

Ao se avaliarem as organizações, especificamente os hospitais, podemos perceber nitidamente a força do simbólico norteando as relações neste espaço: parece haver mais força na representação subjetiva, do que na realidade objetiva.

Quando falamos de contexto hospitalar no Brasil, não podemos deixar de observar, do ponto de vista organizacional, grandes estruturas realizando a interface saúde-cidadão. Com numerosos níveis hierárquicos, a qualidade da decisão é prejudicada, principalmente quando “esbarra” em condições interdisciplinares, agravando uma disputa por poder sobre a saúde de um sistema fragmentado em especialidades que carecem de uma visão holística e não fragmentada, organicista, unindo assim o que se deseja ser imperativo, mesmo que não seja o mais adequado.

Isto se reflete em uma luta árdua por poder, onde uma especialidade ou uma profissão tenha que lutar bravamente por seu lugar, pois se estamos face a um modelo essencialmente

médico, organicista, os outros profissionais pouco conseguem realizar, pois, “tratado um órgão” tratou-se o problema do indivíduo. Isto na verdade, não ocorre, sendo necessária uma avaliação conjunta, interdisciplinar, para que “todos” possam participar ativamente na recuperação da saúde do indivíduo, portanto, não se pode falar em equipe interdisciplinar, enquanto parte do poder não for delegado, legitimado e instituído a todos os profissionais. Em uma palavra, compartilhado.

Corre-se assim o risco de se ter um quadro formalmente estruturado, mas cujo poder decisório permanece onde sempre figurou com destaque: nas mãos dos médicos.

Não se trata aqui de defender a suposta superioridade de alguns profissionais ou instituições, mas da necessidade de se perceber a dinâmica entre saúde versus doença, indo muito mais além de um padrão público de saúde.

Mesmo hospitais tidos como modelo possuem linhas hierárquicas bem demarcadas, com muitas áreas administrativas, cada qual um centro de poder. Chefes e mais chefes, com seus nomes e títulos estampados nas portas, características de uma organização impenetrável, salvo para os que têm o poder da supremacia do branco (o falado poder simbólico), com concentração de poder e autoridade, cada qual vendo o vizinho como adversário ou concorrente.

Tal postura foi possível perceber, quando, ao entrevistar os médicos, em quase sua totalidade, foi constatada uma dificuldade de relacionamento ditado por “falta de tempo” - trabalho em vários hospitais a fim de se garantir um padrão de vida mediano - e a forte concorrência entre eles com as especialidades se confrontando quanto a sua importância no binômio doença e saúde do homem e no espaço de trabalho.

Na lógica do modelo Hospitalocêntrico na saúde, economiza-se com os profissionais, não com a estrutura administrativa, mantida intacta. Feudos e mais feudos criam-se e se estabelecem entre os pares, restando uma saúde pública e privada fragmentada, com profissionais fechados em seu universo, pouco abertos à flexibilidade e de respostas rápidas, qualidades tão necessárias ao contexto organizacional atual.

Tal lógica e o rebatimento na vida dos profissionais médicos, reforça o clima de tensão, de desconfiança e de disputas de espaço.

Perante esse quadro, pode-se inferir quanto uma visão fragmentada da medicina se reflete nos papéis dos outros profissionais, em especial das enfermeiras, mantendo um *status quo* muito bem definido.

No jogo interno de forças, o corpo da enfermagem não ocupa posição confortável. A auto-definição de cuidadora (que se quer que seja a mais “importante” e necessária), também aproxima do pólo do “trabalho não intelectual”. Esta dificuldade intensa da profissão será retomada adiante.

De qualquer modo, agora se busca avaliar essas relações neste trabalho seguindo e perpetuando um modelo autocrático e de poder legitimamente institucionalizado.

Nossos suportes teóricos foram tomados das análises de Balandier e Bourdier no que diz respeito ao poder.

Por todas essas questões envolvidas pareceu-nos que o hospital seria de fato o lócus ideal da pesquisa. Essa escolha trouxe, entretanto, uma dificuldade específica: a impossibilidade da observação sistemática das relações no próprio local e a dificuldade de conseguir entrevistar aí, médicos e enfermeiras.

Isso obrigou a uma reformulação metodológica drástica e uma diminuição das nossas expectativas. Entrevistas mais abertas, calcadas apenas num roteiro orientador da pesquisadora, mostraram-se praticamente impossíveis de realizar, os profissionais envolvidos foram muito pouco receptivos.

Assim, depois de realizar algumas entrevistas abertas, optamos por um pequeno questionário aberto que era deixado com os profissionais das duas áreas e posteriormente recolhido.

Estes questionários, na prática, permitiram retomar algumas questões e confirmar algumas intuições.

Este assunto será amplamente discutido ainda neste capítulo.

Outra faceta de nossa tese que deve ser considerado em sua importância a fim de se delinear o quadro conflitivo entre médicos e enfermeiras são as organizações.

Estas serão analisadas através de inúmeros autores, por ser um assunto multifacetado, e visões diferentes são pertinentes, a fim de compor esse mosaico que se intitula realidade organizacional.

1.3. TEORIA E MÉTODO

O poder é então, uma realidade presente em todos os âmbitos da vida humana e tem um papel essencial na determinação das formas de ser e de atuar das pessoas e grupos.

O poder pode influir no comportamento de maneira imediata, contribuindo para se desenhar o cenário onde as pessoas atuam, ou de maneira indireta, quando se impõe ao indivíduo uma maneira de perceber esse poder.

Várias recomendações emergiram da pesquisa a ser realizada, a fim de se buscar respostas às indagações levantadas, como o uso de abordagens mais dinâmicas de cunho qualitativo e ancoradas em estudo de casos através das entrevistas.

A intenção era buscar através de entrevistas abertas, reconstruir o cotidiano das pessoas, deixando-as falar livremente não impondo um roteiro, pois, objetivava-se colher informações mais naturais possíveis sobre sua maneira de perceber e se relacionar com seus pares e superiores.

Ao iniciarmos as entrevistas nos deparamos com dois problemas:

1. Os profissionais da cidade onde a pesquisadora reside se negavam a responder, alegando falta de tempo para recebê-la e outros ainda negando-se sumariamente, colocando o desinteresse de participar de um trabalho de doutorado.

2. Os profissionais que concordaram em responder foram em número muito pequeno, quantidade inconsistente mesmo para uma pesquisa, como queríamos realizar. Tais entrevistados são do conhecimento pessoal da pesquisadora o que também dificultou uma fala desprovida de cuidados ou autocensura em razão mesmo deste conhecimento.

Mas decididas a responder às questões levantadas anteriormente elaboramos um pequeno questionário aberto e buscamos na cidade de São Paulo (a escolha não foi aleatória, mas sim em função de se ter uma pessoa na área médica que se dispôs a levar para as unidades hospitalares os questionários) os nossos interlocutores junto a várias entidades hospitalares.

A fim de não ter uma amostra tendenciosa de um só lugar, buscamos mais de um hospital público e privado.

Os lugares pesquisados foram: Berçário da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Hospital São Luiz - Unidade Morumbi, Hospital Infantil Cândido Fontoura – Mooca e Hospital Regional Sul-Santo Amaro.

Obtivemos as respostas embora sem nenhum contato com esses profissionais, pois uma médica intermediou o contato, responsabilizando-se pela entrega (11 médicos e 11 enfermeiras), como também pelo recolhimento do instrumento nesses locais pois a mesma trabalha em todos esses lugares.

Essas dificuldades não nos desanimaram apenas contribuíram para ressaltar a importância do referido estudo.

O conteúdo dessas segundas respostas foi muito esclarecedor e nos deu um cenário muito peculiar, onde as reclamações de uma categoria profissional são praticamente as mesmas da diretamente opositora.

O modelo de entrevistas intermediadas possui validação na Psicologia Clínica em sua prática de entrevista, embora nosso objetivo fosse ir além da coleta de dados, avaliando não apenas o discurso de “per si”, mas também a subjetividade das representações. Tal avaliação se fez possível, quando tivemos como instrumento um olhar aprofundado das relações subjetivas e do conteúdo manifesto das idéias.

Por outras palavras, as representações são um ‘encontro’ entre a realidade sócio-cultural que as produz e reproduz e a realidade subjetiva daqueles que aderem a elas. Procuramos assim, trabalhar as dimensões objetivas e subjetivas dos discursos.

Como nosso objetivo é pois ir além do discurso e aprofundar a discussão inicial sobre a relação conflituosa existente entre as áreas da medicina e enfermagem, a conceituação de representação social e suas implicações no mundo das idéias e na formação de hábitos e costumes foi para este trabalho, essencial.

1.4. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUAS IMPLICAÇÕES NA MEDICINA E NA ENFERMAGEM

Dentro do contexto vivido cultural e conseqüentemente socialmente, há uma necessidade de um ordenamento. Essa ordem pode ser percebida através da institucionalização dos papéis sociais, pois estes servirão de base para se nortear quanto ao que se deve esperar de seus atores. Buscando uma sustentação teórica quanto à dimensão e o questionamento de como se dá esse ordenamento, nos ancoramos no pensamento do ordenamento social que Berger e Luckmann (2003: 76) propõem:

A resposta mais geral a esta pergunta é a que indica ser a ordem social um produto humano, ou, mais precisamente uma progressiva produção humana. É produzida pelo homem no curso de sua contínua exteriorização. A ordem social não é dada biologicamente nem derivada de quaisquer elementos biológicos em suas manifestações empíricas.

Ao nos remetermos a esses conceitos, percebemos que a construção objetiva da realidade social é formada através da institucionalização de práticas, costumes, hábitos refletidos nas instituições, organizações e grupos.

No pensamento destes autores, a dimensão objetiva da realidade social é construída pela via da institucionalização de hábitos, costumes e práticas que terminam por serem percebidos como autônomos e independentes.

A instituição é o que mais se reproduz e o que menos se percebe nas relações sociais, pois atravessam, de forma invisível, todo tipo de organização social e toda relação de grupos sociais.

Ao lado da idéia de institucionalização os mesmos autores adotam os conceitos de tipificação e socialização.

Tipificação é, para eles, a forma como outro é apreendido partindo de esquemas tipificados como, por exemplo, a questão preconceituosa acerca da raça e do gênero (aqui ressaltamos a importância de tais conceitos como forma de validar nossas hipóteses sobre a construção de valores presentes nas profissões aqui envolvidas).

A socialização remete à internalização da objetividade percebida, alicerçada na institucionalização que na fase inicial da vida é denominada primária e na fase adulta secundária.

O pressuposto de Berger e Lucckmann é a de que o homem é socialmente construído numa dinâmica combinada de elementos que têm como objetivo a conservação, mas que também geram significações, rupturas e transformações sociais.

Do mesmo modo, os costumes e estruturas sociais, que são o reforço sistemático da ordem institucional dilata e possibilita um maior entendimento do senso comum do que propriamente os acontecimentos observados, presentes na realidade objetiva, não estabelecendo relação com a vontade humana. São simplesmente interiorizados como algo alheio ao desejo do homem.

Tais autores apontam ainda o que este reforço institucional traz como conseqüências importantes. São duas; a primeira conseqüência relevante é a consolidação de padrões de atitudes e condutas, embasando de maior objetividade a realidade social, conseqüentemente tornando-a mais passível de estar sujeita a controles e regras.

A segunda seria a ocorrência de ensaios e tentativas de procedimentos e ações alternativas, como forma de rebeldia à ordem vigente.

Em outras palavras, mesmo que a saúde no Brasil não ofereça condições ideais de trabalho, e nem o médico tenha, nos dias atuais, um salário que justifique todo um “glamour” sobre a profissão, todo comportamento que perturbe essa ordem social, por exemplo, o enfermeiro que toma atitudes frente a uma conduta médica baseada em seus conhecimentos apreendidos no exercício da profissão e com respaldo profissional, é tido como agente de uma atitude invasiva e não permitida no contexto hospitalar ⁸.

Sobre isso se pode inferir que por esta prática não encontrar eco na representação social dos modelos de trabalho simbolicamente construídos, soa como algo que não combina com o padrão vigente.

Podemos assim perceber a importância das representações sociais em todo um cenário interdisciplinar, onde as ciências dialogam entre si, construindo historicamente práticas e costumes. Segundo Spink (20004: 7):

A centralidade atual da noção de representação se evidencia na produção das mais diferentes disciplinas: a história das idéias, a antropologia, a economia, a semiótica e a psicologia, todas focalizam as representações como objeto central de estudo ou como instrumento imprescindível para acessar o objeto em questão.

A importância desse percurso interdisciplinar se faz presente neste momento a fim de elucidar a necessidade de se dilatar a forma de se perceberem as ciências e sua relevância no cotidiano, para que, mesmo com a força das representações, possamos repensar, muitas vezes padrões fortemente estabelecidos possibilitando rever condutas, aprender novas e abandonar o que não mais se faz necessário ou adequado.

Para isso nos alicerçamos em que Fazenda pontua:

Entendemos por atitude interdisciplinar uma atitude diante de alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera ante os atos consumados, atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo,- ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo – atitude de humildade diante da limitação do próprio saber, atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, atitude de desafio – desafio perante o novo, desafio em redimensionar o velho – atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e pessoas envolvidas,

⁸ Tal exemplo pode ser observado em “falas” dos enfermeiros durante as entrevistas, em especial selecionamos o sujeito A.T.B.

atitude pois de compromisso em construir sempre da melhor forma possível, atitude de responsabilidade, mas, sobretudo , de alegria, de revelação, de encontro, enfim, de vida. (2001; 82)

Percebemos aí como é fundamental um diálogo interdisciplinar e infelizmente no cenário em questão, o hospital, muitas vezes este é truncado, outras vezes inexistente, resultando em conflitos e ausência de trabalho em equipe o que também pode ser evidenciado nas respostas dos entrevistados (este assunto está discutido em profundidade no capítulo 4).

Se voltarmos nossos olhares para este cenário podemos utilizar o que Spink (2004: 9) diz sobre o contexto:

... é um aspecto fundamental da pesquisa, seja porque as representações são campos estruturados pelo “habitus” e pelos conteúdos históricos que impregnam o imaginário social, seja porque são estruturas estruturantes desse contexto e como tal, motores da mudança social.

Ora, se são as representações sociais que, através de um conjunto de valores, crenças, ditam as práticas sociais, podemos inferir que as expectativas do grupo, quanto aos papéis a serem representados e normas a serem cumpridas, estão muito mais num conjunto de regras simbolicamente construídas do que hierarquicamente mantidas ou não.

Portanto, o grupo é o que dá vida à construção social da realidade, onde a instituição se realiza e se esta é o campo de valores e regras e, se a organização é a formatação dessas regras (produção social), o grupo realiza as regras e promove os valores.

Ancorado neste pensamento e “forma” de se perceber a manifestação visível da cultura socialmente construída, alicerçamos este trabalho com a construção das figuras de médico e de enfermeira num modelo socialmente construído.

Nesse processo, a história da medicina e da enfermagem são matérias prima dessas construções.

Por outras palavras, as representações de médico e de enfermeira são social e historicamente construídas e, nessa construção, a história das profissões, desempenha papel

fundamental; mas não apenas a história também os mitos enquanto histórias com funções sociais.

Malinowski in Burke (2002), afirmou que mito é uma história sobre o passado que, em suas palavras, faz as vezes de um alvará para o presente. Isto se configura em uma forma de se ter uma história fictícia, cuja função é a de justificar alguma instituição no presente e, desse modo, manter sua existência.

Mas não apenas a história e os mitos (outras tantas construções coletivas) também servem de matéria de construção e de reprodução de representações sobre tais profissões.

“As representações são uma forma de conhecimento e de comunicação”, inscrita na sociedade. Elas podem ser exercidas na forma de falas (discursos) “produzidos em presença”.

Partindo dessa idéia, mergulhamos na história da medicina e da enfermagem no Brasil, bem como na sua situação atual, pois esse percurso se faz necessário para entender os bastidores das relações entre os profissionais de cada uma dessas áreas.

1.4.1 Caminhos e percursos da medicina na atualidade

A medicina tem sua história ligada às circunstâncias sociais, econômicas, políticas e culturais. Em um primeiro momento, o diagnóstico e a cura das doenças eram práticas médico-religiosas, sempre a cargo dos xamãs e de sacerdotes (ver capítulo 2).

Por volta do século V a.C.⁹ o racionalismo ocupou lugar de destaque no pensamento ocidental, principalmente na Grécia antiga; e não foi por simples coincidência que surge a medicina hipocrática.

⁹ Gostaríamos de sinalizar que estes dados foram obtidos através de várias leituras em revistas e sites não podendo ser atribuído a um específico autor ou obra.

Hipócrates, considerado o pai da medicina, defendia que as doenças não eram originadas em função de castigos dos deuses e nem dos demônios, mas eram ligadas a fatores naturais ligados ao estilo de vida de cada um ou de uma população.

Os homens adoeciam devido ao local onde moravam, devido ao trabalho que executavam e também pelo que ingeriam. Todo este quadro não era ainda ciência, na visão da atualidade, (embora naquela época tivesse requintes científicos), pois se tratava de inferências através de observações.

Durante séculos, a medicina permaneceu a mesma (especialmente na Idade Média). O que surgiu nessa época foi o hospital, uma instituição voltada mais para cuidar de doentes assegurando conforto, principalmente em fase terminal. Sua função era basicamente curativa e não preventiva.

Por volta do século XV, com a modernidade, registrou-se um avanço na medicina. Numa época de grandes descobertas, como a invenção da pólvora, o nascimento da imprensa, o fortalecimento do comércio marítimo, houve uma reformulação do pensamento e, neste momento de várias mudanças, a medicina sentiu seus reflexos (como dissemos anteriormente a medicina tem sua história ligada a circunstâncias sociais, econômicas, políticas e culturais).

A forma de se estudar e “ver” o corpo humano é totalmente modificada.

Em meados do século XVI, rompe-se o interdito de dissecação do corpo humano até então proibido pela religião.

Neste momento a medicina passa a ser codificada, só podendo ser praticada, através do diploma. Os hospitais começam a ser instituições de tratamento e local de ensino aos estudantes.

Os diagnósticos continuam com muitas limitações, porém no século XIX como advento da Revolução Industrial e pelo surgimento de novas correntes de pensamento e também formas diferentes de expressão cultural, social e artística, a medicina cresce e avança nas pesquisas médicas.

Aquilo que o século XIX não conseguiu atingir em relação à saúde, foi propiciar à população como um todo, o acesso aos benefícios da ciência médica. Podemos avaliar através de pesquisa bibliográfica que, após uma ascensão de uma medicina unicamente científica, evidenciou-se necessidade de uma medicina científica e social.

Ao se percorrermos os caminhos trilhados no campo da medicina, optamos por nos atermos ao momento presente (embora esse breve mergulho histórico se fez necessário, a fim de situar o leitor) e seus reflexos mais significativos, pois avaliar um percurso em uma pesquisa histórica não significa necessariamente retratar desde os primórdios da humanidade o que seria desnecessário para o entendimento deste trabalho, além de se tornar uma leitura densa e talvez pouco significativa.

Anteriormente aos quadros de desenvolvimento e da institucionalização da medicina, reforçando a força da representação social como norteadora de valores que originam muitas vezes padrões de conduta social, buscamos um dado puramente histórico, que dá força e muitas vezes impõe um recorte de supremacia à medicina esbarrando assim em um modelo “quase mítico”.

Em nosso país (faço essa referência ao Brasil, por ser unicamente usada em nossa língua tal denominação) todo profissional médico recebe o título de doutor mal ingressando na faculdade. Esta denominação totalmente equivocada, nos remete mais a uma questão puramente representativa sem nenhum suporte teórico ou justificativa etimológica.

Outras profissões na área da saúde começaram a se autodenominar “doutores” até em função de se seguir um modelo da saúde (aqui inferimos até se para diminuir a distância entre as áreas) o que etimologicamente é totalmente errado.

Doutor vem de Doctus. E Doctus é o Doutor.

Doctus é o particípio passado do verbo Doceo (em latim) e o verbo Doceo significa eu ensino. Para nós, aquele que ensina é o docente. Portanto Doctor é aquele que ensina. Doctrina é o ensinamento daquele que ensina. Simples não. Soceo, cui, ctum, ere - enseigner, instruire, montre, faire voie; enseigner, informer. - (dictionnaire abrégé latin-français).

Buscando entender essa representação social tão arraigada em nosso território nacional, pesquisamos a possível origem situacional do termo que com o passar dos tempos se formatou em hábito compondo numa forma institucionalizada do ser médico. É importante ressaltar que em nosso país a alusão ao “doutor” é uma forma de reverência a quem se dirige. Atitudes do cotidiano podem exemplificar tal afirmativa; “E aí, doutor, posso olhar o seu carro?”; “O doutor aceita um licor digestivo?”. Cenas do cotidiano fazendo eco ao mundo das representações sociais.

Nossa pesquisa encontrou raízes em um decreto imperial, aonde se faz alusão aos cursos de ciências jurídicas e sociais, (mas não iremos contextualizar tal tema por não ser pertinente a este trabalho, apenas transcreveremos em sua íntegra para não perder a originalidade). Damos exemplo de um paralelo do uso do título de doutor no campo jurídico, e para tal transcrevemos a lei do império de 11 de agosto de 1827.¹⁰

“... Crêa dous Cursos de sciencias Juridicas e Sociaes, um na cidade de S. Paulo e outro na de Olinda.

Dom Pedro Primeiro, por Graça de Deus e unanime aclamação dos povos, Imperador Constitucional e Defensor Perpetuo do Brazil: Fazemos saber a todos os nossos subditos que a Assembléia Geral decretou, e nós queremos a Lei seguinte:

Art. 1.º - Crear-se-ão dous Cursos de sciencias jurídicas e sociais, um na cidade de S. Paulo, e outro na de Olinda, e nelles no espaço de cinco annos, e em nove cadeiras, se ensinarão as matérias seguintes:

1º ANNO

1ª Cadeira. Direito natural, publico, Analyse de Constituição do Império, Direito das gentes, e diplomacia.

2.º ANNO

1ª Cadeira. Continuação das materias do anno antecedente.

2ª Cadeira. Direito publico ecclesiastico.

¹⁰ Fonte Brasil. Leis, etc. Collecção das leis do Imperio do Brazil de 1827. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1878. p. 5-7. Busca no site <https://www.planalto.gov.br/>

3.º ANNO

1ª Cadeira. Direito patrio civil.

2ª Cadeira. Direito patrio criminal com a theoria do processo criminal.

4.º ANNO

Continuação do direito patrio civil.

2ª Cadeira. Direito mercantil e marítimo.

5.º ANNO

1ª Cadeira. Economia politica.

2ª Cadeira. Theoria e pratica do processo adoptado pelas leis do Imperio.

Art. 2.º - Para a regencia destas cadeiras o Governo nomeará nove Lentes proprietarios, e cinco substitutos.

Art. 3.º - Os Lentes proprietarios vencerão o ordenado que tiverem os Desembargadores das Relações, e gozarão das mesmas honras. Poderão jubilar-se com o ordenado por inteiro, findos vinte annos de serviço.

Art. 4.º - Cada um dos Lentes substitutos vencerá o ordenado annual de 800\$000.

Art. 5.º - Haverá um Secretario, cujo officio será encarregado a um dos Lentes substitutos com a gratificação mensal de 20\$000.

Art. 6.º - Haverá u Porteiro com o ordenado de 400\$000 annuais, e para o serviço haverão os mais empregados que se julgarem necessarios.

Art. 7.º - Os Lentes farão a escolha dos compendios da sua profissão, ou os arranjarão, não existindo já feitos, com tanto que as doutrinas estejam de accôrdo com o systema jurado pela nação.

Estes compendios, depois de approvados pela Congregação, servirão interinamente; submettendo-se porém á approvaçã da Assembléa Geral, e o Governo os fará imprimir e fornecer ás escolas, competindo aos seus autores o privilegio exclusivo da obra, por dez annos.

Art. 8.º - Os estudantes, que se quiserem matricular nos Cursos Juridicos, devem apresentar as certidões de idade, porque mostrem ter a de quinze annos completos, e de approvaçã da Lingua Franceza, Grammatica Latina, Rhetorica, Philosophia Racional e Moral, e Geometria.

Art. 9.º - Os que freqüentarem os cinco annos de qualquer dos Cursos, com approvação, conseguirão o grão de Bachareis formados. Haverá tambem o grão de Doutor, que será conferido áquelles que se habilitarem som os requisitos que se especificarem nos Estatutos, que devem formar-se, e sò os que o obtiverem, poderão ser escolhidos para Lentes.

Art. 10.º - Os Estatutos do VISCONDE DA CACHOEIRA ficarão regulando por ora naquillo em que forem applicaveis; e se não oppuzerem á presente Lei. A Congregação dos Lentes formará quanto antes uns estatutos completos, que serão submettidos á deliberação da Assembléa Geral.

Art. 11.º - O Governo creará nas Cidades de S. Paulo, e Olinda, as cadeiras necessarias para os estudos preparatorios declarados no art. 8.º.

Mandamos portanto a todas as autoridades, a quem o conhecimento e execução da referida Lei pertencer, que a cumpram e façam cumprir e guardar tão inteiramente, como nella se contém. O Secretario de Estado dos Negocios do Imperio a faça imprimir, publicar e correr. Dada no Palacio do Rio de Janeiro aos 11 dias do mez de agosto de 1827, 6.º da Independencia e do Imperio.

IMPERADOR com rubrica e guarda.

(L.S.)

Visconde de S. Leopoldo.

Carta de Lei pela qual Vossa Majestade Imperial manda executar o Decreto da Assembléa Geral Legislativa que houve por bem sancionar, sobre a criação de dous cursos juridicos, um na Cidade de S. Paulo, e outro na de Olinda, como acima se declara.

Para Vossa Majestade Imperial ver.

Albino dos Santos Pereira a fez.

Registrada a fl. 175 do livro 4.º do Registro de Cartas, Leis e Alvarás. - Secretaria de Estado dos Negocios do Imperio em 17 de agosto de 1827. - Epifanio José Pedrozo.

Pedro Machado de Miranda Malheiro.

Foi publicada esta Carta de Lei nesta Chancellaria-mór do Imperio do Brazil. - Rio de Janeiro, 21 de agosto de 1827. - Francisco Xavier Raposo de Albuquerque.

Registrada na Chancellaria-mór do Imperio do Brazil a fl. 83 do livro 1.º de Cartas, Leis, e Alvarás. - Rio de Janeiro, 21 de agosto de 1827. - Demetrio José da Cruz...”.

Nosso objetivo em trazer esse decreto é uma forma de ilustrar que esta outorga feita em 1827 persiste no imaginário coletivo como um “título de nobreza” e como médico é visto

pela sociedade como um ser especial, com atributos superiores em função do que seu trabalho encerra.

A manutenção desse “título” é estendida até os dias atuais e também serve como um ícone de sucesso às pessoas que assim são chamadas, esquecendo-se (ou até por desconhecimento) que o título de doutor se refere unicamente àquele que defendeu uma tese de doutorado. Acreditamos que este decreto em seus recortes por nós escolhidos como os mais reveladores, reforça nosso questionamento, quanto à força nessa pesquisa das representações sociais.

Gostaríamos de ilustrar a “dificuldade” das pessoas em aceitar, rever, paradigmas, diríamos nesta tese, representações fortemente construídas, pois ao “navegar” pela Internet, nos deparamos com um site onde se instalou um fórum para debater a questão do uso indevido do título de doutor. Vários comentários ali estão expostos, mas recortamos alguns que ilustram mais adequadamente o assunto em questão.

Esses apontam para um certo desconforto deste uso indiscriminado, fortalecendo nossos questionamentos quanto à força das representações, pois mesmo sendo contraditória, etimologicamente errada e contestada, essa forma de tratamento persiste...

Advogado não é e nem nunca foi doutor...

Doutor, tecnicamente falando, é somente quem termina o doutorado.

(CARLOS LOPES, tlm.dialuolcom.br de 14.10.04)

Caros Colegas,

Acompanhando a discussão deste tópico, tenho até vergonha de dizer que sou Brasileiro! Um país que tem uma “lei” que dá direito a bacharéis em direito se autodenominarem “Doutores”, não pode ser levado a sério....

Doutor é um título acadêmico, conferido aqueles que, após completarem curso superior (e muitas vezes Mestrado), gastam 3 a 5 anos de suas vidas trabalhando em pesquisa. Resultado desta pesquisa é uma TESE de Doutorado, que deve ser defendida em banca pública, constituída de ao menos 5 outros doutores, na maioria das vezes, professores universitários. Somente após este sacrifício todo, é que alguém tem o direito de carregar o título de DOUTOR. Em qualquer outro país do mundo isso funciona. Nos países mais civilizados, quem se intitular Doutor, e não tiver concluído um doutorado, pode ser processado por fraude ou falsidade ideológica! Mesmo

Médicos, que não tenham doutorado, não podem se chamar de doutores !!!! Nestes países, quem se chama de Doutor, tem o devido respeito da comunidade, que sabe reconhecer o árduo caminho percorrido pelo detentor desse título. Agora, a hipocrisia nacional leva quase qualquer pessoa com título superior, a ser chamado de |||"doutor"|" (ou dotô...)...Médicos, dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, advogados, engenheiros...Enfim, qualquer pessoa |||"estudada"|".... Os advogados, é claro, tendo a lei como ferramenta de trabalho, tinham que se apoiar em algo mais sólido que a tradição popular para carregarem o título de doutor, sem medo do resto do mundo....Uma lei de Dom Pedro??! Por favor,....Um texto completamente ultrapassado e obsoleto, de uma época que |||"lentes"|" não eram apenas parte dos óculos.... Se fôssemos desenterrar, e seguir a risca todas as leis de D. Pedro, que até hoje não foram revogadas ou alteradas, com certeza teríamos que fazer algumas coisas muito estranhas....Qualquer país tem leis ultrapassadas: Na Inglaterra, apenas pouco tempo atrás revogaram algumas leis centenárias, que ordenavam que era proibido entrar de armadura no congresso, ou que mandava, para cada baleia caçada, que a cabeça do animal fosse remetida para o rei, e as barbatanas, para a Rainha ! Vocês acham que algum inglês cumpria essas leis ??? Para isso existem reformas.....e o Brasil já passou da hora de reformar muitas leis obsoletas.... Por favor....deixem a hipocrisia de lado, e reflitam sobre isso....

(JOSÉ EDUARDO GARDOLINSKI, ac.uni-kiel.de de 18.10.04)

Fiquei surpreso ao ler este fórum e acompanhar as opiniões de alguns. Realmente, seguir uma lei tão antiga e obsoleta não faz sentido algum. Doutor, como já disseram outros neste fórum, é aquele que faz DOUTORADO, faz pesquisa, escreve uma tese e a defende perante uma banca de pelo menos 5 doutores. E somente depois de 4 ou 5 anos de muito trabalho, privações e estudo é que se consegue este título. Ou seja, depois de 4 a 6 anos de faculdade, depois de 2 a 3 anos de MESTRADO e depois de 4 a 5 anos de DOUTORADO. Portanto para tal feito são necessários no mínimo 10-13 anos de estudo. Um advogado estuda no máximo 4-5 anos... Seria muita injustiça, não acham?! Por que os advogados não vão fazer DOUTORADO pra ver o que é bom pra tosse?! O interessante é que a maioria que faz doutorado não faz pelo título e sim por um ideal. Querem se tornar pesquisadores ou melhores professores. Querem descobrir a cura de doenças ou o porquê das coisas, da vida e assim melhorar o destino de todos.

É um assunto pra se debater muito, com certeza. Não quero dizer que isso menospreza a profissão dos advogados, claro que não. Mas menospreza o trabalho árduo de muitos que fazem DOUTORADO. Isso sim. Qual o problema de não ser chamado de Doutor. Que ainda não fez doutorado também tinha uma graduação como os advogados e não era chamado de DOUTOR. Isso não mata ninguém... As pessoas respeitam as profissões, pelo menos em tese. Eu não menosprezo um químico, dentista, veterinário, farmacêutico, etc, só porque ele não tem doutorado. Assim como não menosprezo um advogado só porque ele não tem doutorado. Mas eu acho O-FIM-DA-PICADA um advogado, ou até mesmo um médico, dizer, senhor fulano não, Doutor Fulano. Isso é muito triste.

Vamos refletir sobre isso com muita responsabilidade..

(ANDRÉ MARIANO, sul.com.br de 18.10.04)

Todos esses depoimentos contribuíram para que nós avaliássemos que essa outorga de doutor é sustentada pelo poder, pelo jogo das representações e a manutenção desta denominação está fortemente atrelada ao fortalecimento e conservação de um suposto poder, visto que no campo da saúde, seu maior detentor é o médico, e não é comum, nem aplicado, o título às enfermeiras que possuem a graduação tal qual os médicos. Talvez a manutenção seja também uma fonte de conflito entre as profissões em questão.¹¹

¹¹ Nessa busca pelo site desse fórum encontramos um texto muito rico em conteúdos dessa problematização. Afim de não carregar a leitura colocaremos como anexo 1

CAPÍTULO 2. MEDICINA E ENFERMAGEM: MITO E HISTÓRIA

Neste capítulo serão avaliados o percurso da medicina e enfermagem e a importância do mito enquanto mantenedor de posições já cristalizadas nas representações sociais das referidas áreas.

2.1. A FORÇA DO MITO

A história de todos os povos e de todas as culturas começa sempre com um capítulo dedicado aos primórdios, no qual se trata da gênese do que aconteceu e do que irá acontecer.

Inicialmente a ciência quis a morte do mito, como a razão quis a supressão do irracional, visto como obstáculo a uma verdadeira compreensão do mundo, dando início assim a uma guerra interminável contra o pensamento mítico (Balandier, 1982).

Nessa colocação podemos aquilatar a real importância dos mitos, não só para o senso comum, mas também para a ciência, como algo perturbador às vezes ilógico, mas com uma presença marcante em todas as grandes épocas vividas da humanidade.

Ao voltarmos nossos olhos para a mitologia grega e seu grande significado encontramos uma vasta simbologia refletida nas ciências como o mito de Édipo¹² tão

¹² Na Antiguidade, o mito de **Édipo** foi utilizado pelo dramaturgo Sófocles (496 – 406 A.C.), na tragédia *Édipo Rei*, para uma reflexão sobre as questões da culpa e da responsabilidade dos homens perante as normas e tabus. Vamos resumir esse relato mítico: Laio, rei da cidade de Tebas e casado com a bela Jocasta, foi advertido pelo Oráculo (resposta que os deuses davam a quem os consultava) de que não poderia gerar filhos. Se esse aviso fosse desobedecido, seria morto pelo próprio filho e muitas outras desgraças surgiriam.

A princípio, Laio não acreditou na profecia do oráculo e teve um filho com Jocasta. Quando a criança nasceu, porém, cheio de remorso e com medo da profecia, ordenou que o recém-nascido fosse abandonado numa montanha, com os tornozelos furados, amarrados por uma corda. O edema provocado pela ferida é a origem do nome Édipo, que significa “pés inchados”.

Mas o menino Édipo não morreu. Alguns pastores o encontraram e o levaram ao rei de Corinto, Políbio, que o criou como se fosse seu filho legítimo. Já adulto, Édipo ficou sabendo que era filho adotivo. Surpreso, viajou em busca do oráculo de Delfos para conhecer o mistério de seu destino. O oráculo revelou que seu destino era matar o próprio pai e se casar com a própria mãe. Espantado com essa profecia, Édipo decidiu deixar Corinto e rumar em direção a Tebas. No decorrer da viagem encontrou-se com Laio. De forma arrogante o rei ordenou-lhe que deixasse o caminho livre para sua passagem. Édipo desobedeceu às ordens do desconhecido. Explodiu, então, uma luta entre ambos na qual Édipo matou Laio.

importante dentro da Psicologia (na especificidade, a Psicanálise) para entender-se nesta a origem das relações entre pais e filhos (Bock. Et al., 2000).

Mas o mito para se sustentar através dos tempos necessita arduamente trabalhar e por meio de suas transformações (ele acompanha mudanças da sociedade se adaptando ou até se metamorfoseando) se mantém presente em todos os espaços.

E é justamente essa permanência que questionamos nesse trabalho, pois, a despeito de toda a precariedade do contexto atual da medicina no Brasil e em especial da área da saúde, ainda se mantém o mito do branco, onde os médicos são pessoas que possuem um alto poder aquisitivo e desfrutam de um poder social inerente a sua classe (o que já não corresponde em dias atuais).

A ciência concede ao mito aquilo que ela jamais poderá reivindicar: dar um sentido, propor justificativas morais, apresentar uma visão de mundo (Balandier, 1982).

Podemos avaliar o discurso científico, pois esse é passível de revisão e correção. Já o discurso mítico uma vez reconhecido, requer uma perenidade que certamente se perpetua, porque conserva sua forma e consistência; inscreve-se em uma cultura, fortalecendo e enraizando-se .

Ele se impõe pela autoridade, dispensando a explicação e a interpretação.

Nas gêneses de todas as trajetórias históricas, encontramos relatados, acontecimentos nos quais deuses, semideuses, heróis participam de momentos decisivos, que determinam os

Sem saber que tinha matado o próprio pai, Édipo prosseguiu sua viagem para Tebas. No caminho deparou-se com a Esfinge, um monstro metade leão, metade mulher que lançava enigmas aos viajantes e devorava quem não os decifrasse. A Esfinge atormentava os moradores de Tebas. O enigma proposto pela Esfinge era o seguinte: “Qual o animal que de manhã tem quatro pés, dois ao meio-dia e três à tarde?” Édipo respondeu: “É o homem. Pois na manhã da vida (infância) engatinha com pés e mãos; ao meio-dia (na fase adulta) anda sobre dois pés; e à tarde (velhice) necessita das duas pernas e o apoio de uma bengala”.

Furiosa por ver o enigma resolvido, a Esfinge se matou. O povo tebano saudou Édipo como seu novo rei. Deram-lhe como esposa Jocasta, a viúva de Laio. Ignorando tudo, Édipo casou-se com a própria mãe. Uma violenta peste abateu-se então sobre a cidade. Consultado, o oráculo respondeu que a peste não findaria até que o assassino de Laio fosse castigado. Ao longo das investigações para descobrir o criminoso, toda a verdade foi esclarecida. Inconformado com o destino, Édipo cegou-se e Jocasta enforcou-se. Édipo deixou Tebas, partindo para um exílio na cidade de Colona.(BULFINCH (2000:152).

posteriores. E é nesta trajetória de acontecimentos que, discursando sobre o mundo, nasce o mito.

O mito recebe conotações variadas, é apresentado como histórias inventadas, ou reais acontecimentos com seres sobrenaturais, como deuses e heróis. Inúmeras são as conotações, mas o que realmente não se pode ignorar, é a existência do mito em todas as culturas, da hindu à egípcia.

Ele se apresenta através da arte, da política e do próprio comportamento humano. O mito é sempre uma representação coletiva, transmitida através de várias gerações e que relata uma explicação de nosso mundo. Sua essência é efetivamente essa representação coletiva. Ele não só propõe, mas preserva a identidade dos estilos culturais.

Na tentativa de se ter uma definição do mito, esbarramos em uma realidade cultural extremamente complexa, podendo ser abordada e interpretada através de múltiplas perspectivas, porém, complementares (Eliade, 2004).

O mito possui uma grande importância para o entendimento e manutenção das representações na civilização humana; longe de ser uma idéia vaga, ele nos remete a uma realidade viva, realidade essa a que sempre se recorre; não é algo abstrato ou fantasioso, mas sim uma construção real de saberes e valores fortemente cristalizados, que vivifica a história (Eliade, 2004).

As matrizes originais, os paradigmas iniciais, constituem um permanente desafio à inteligência humana, porque neles existem raízes que são as causas que determinam a fisionomia de cada um. Na medida em que tenta se assumir para se justificar, pelo pensamento, o homem é levado a assumir sua história em todas as suas fases, com todos os seus elementos constitutivos. A compreensão das origens é a compreensão das primeiras manifestações do ser humano.

Traduzindo a manifestação primordial do divino, os mitos apresentam um projeto cultural, como totalidade viva, vinculada a todo o universo. A realidade é apenas justificada nas proposições místicas, mas constituídas numa determinada maneira de ser.

Qualquer teoria que reduza o mito à expressão de um momento inferior da consciência, acaba se defrontando com três graves problemas. O primeiro, explicar como os mitos que supõem uma concepção do mundo, envolvendo, na cosmogonia, o divino como o humano, puderam ser elaborados por inteligências insuficientemente desenvolvidas.

O segundo explicar como o mais veio do menos, ou seja, como puderam os mitos abrir os caminhos das grandes realizações culturais e históricas.

Terceira, explicar porque as grandes culturas mantêm-se fundamentalmente ligadas às perspectivas apresentadas pelos mitos originais.

Por isso, cada vez mais, se busca a compreensão dos mitos como um poder estruturador da vida do homem.

Rememorando os mitos, reatualizando-os, renovando-os por meio de certos rituais, o homem torna-se apto a repetir o que deuses, heróis, realizaram nas origens das coisas, dos mundos, porque conhecer os mitos é absorver seu fascínio, sua glória e manter sua eternidade.

O mito, quando analisado, não se destina apenas à satisfação da curiosidade humana, mas a uma narrativa de reviver uma realidade, que satisfaz necessidades religiosas, morais e até mesmo pressões sociais.

Acreditamos que, nas civilizações primitivas, o mito apresentava funções de exprimir crenças, dar significados a rituais, garantindo a manutenção dos costumes e paradigmas inerentes a uma dada cultura.

Na atualidade, o mito ainda nos parece como um ingrediente necessário à civilização humana, contrariando uma visão de ser algo vão, ele se apresenta à realidade como algo a que se recorre freqüentemente, quando a lógica não comporta explicações suficientes.

Neste trabalho, busca-se avaliar exatamente a criação do mito do saber médico, como algo absoluto na área da saúde, suas raízes de sustentação históricas, sociais e culturais, mesmo vivendo uma transformação no contexto das profissões, do poder outorgado à medicina (por ausência de décadas de uma regulamentação de outras profissões na área da

saúde) e da remuneração. Este fator, em um mundo capitalista, é fator preponderante de jogo de poder, mas que não se aplica à medicina, pois mesmo sendo mal remunerado, o médico sustenta no imaginário coletivo a imagem de bem sucedido, fato constatado pela percepção nas relações informais em nosso país, onde ainda é o curso mais procurado pelos jovens na época do vestibular (Conselho Federal de Medicina, 2003).

Além disso, no senso comum, ao alcançar posições de poder o indivíduo eminentemente é chamado de “doutor” não como referência a uma titulação acadêmica, mas como doutor no sentido médico, de ser alguém muito especial.

A fim de entender essa perenidade do branco, voltemos nossos olhos para o caminho percorrido da saúde até aqui.

2.2 A HISTÓRIA SOCIAL DA MEDICINA E DA ENFERMAGEM

Todo o movimento das práticas de saúde e, conseqüentemente, seu desenvolvimento estão diretamente relacionados às estruturas sociais dos diferentes povos e em épocas também diferentes.

Cada período histórico é determinado por uma formação social específica, trazendo consigo toda uma caracterização própria que engloba: filosofia, política, economia, leis, ideologia.

No alvorecer da civilização até os primeiros registros nas civilizações da Grécia e de Roma, da Idade Antiga, a forma de pensar e agir estava intimamente relacionada ao mito, tornando-o um regulador de toda produção intelectual e da vida das comunidades (Bernardes de Oliveira, 1981).

A forma de subsistência humana era tirada da natureza, impondo ao homem uma relação muito estreita com ela, simbolizando em todos os astros e efeitos naturais, a mais pura manifestação dos deuses.

A doença era vista como algo punitivo e, conseqüentemente, o restabelecimento era uma benção dos deuses e até a cura era vista como obra divina. Neste contexto, para se obterem as curas, eram usados rituais, poções mágicas, sacrifícios, a fim de aplacar a fúria dos deuses e assim obter seu perdão.

Dessa forma, nasce uma forma muito particular do Homem de se relacionar com sua saúde, ou seja, ela era tirada através de castigo dos deuses e restaurada pelos mesmos. Os indivíduos que faziam essa ligação, esse elo com o sobrenatural era denominado conforme a época e a cultura a que estavam inseridos.

Para se reconstruir o significado da saúde em suas mais diversas vertentes é fundamental que neste trabalho sejam percorridas as suas etapas históricas e suas variáveis sócio-políticas e econômicas. Isto é necessário, pois se busca oferecer ao leitor um quadro histórico e social que possa elucidar a questão do mito da hegemonia médica frente à enfermagem.

2.2.1 A Trajetória Histórica das Práticas de Saúde

Essa trajetória segue um modelo relacional entre o objeto de estudo, ou seja, a saúde e a realidade histórica, já que a forma de se representar a saúde e assim vivenciá-la, sempre esteve relacionada a contextos sócio-políticos.

A divisão realizada foi alicerçada em pontos críticos, em que mudanças significativas nesta relação, foram detectadas.

Segundo a autora Telma Geovanini et al.(2002) no livro “Histórias da Enfermagem, Versões e Interpretações” são elas: As Práticas de Saúde Instintivas; Mágico-Sacerdotais; No Alvorecer da ciência; Monástico-Medievais; Pós-Monásticas e as No Mundo Moderno.

Devido à uniformidade das informações, a transcrição literal se faz necessária.

2.2.2 As Práticas de Saúde Instintivas

“A solicitude maternal, agindo para proteção do filho, é uma das expressões óbvias do instinto de conservação da raça...”. (Campos)

Desde o surgimento da espécie humana no planeta terra pode-se supor que os cuidados da prole sempre ficaram destinados à mãe, essa solicitude materna garantia a preservação da espécie e isto é um forte indício de que a mulher foi a grande precursora do atendimento às necessidades de saúde da raça humana.

Os grupos primitivos tinham uma estrutura familiar onde as ações direcionadas à saúde provavelmente eram de responsabilidade feminina, isto em função da divisão do trabalho, pois ela era responsável no que concernia aos cuidados das crianças, velhos e doentes.

Supõe-se que o primeiro conceito, segundo as autoras era de que as enfermidades eram provocadas por espíritos malignos, que habitavam o interior dos seres.

Até a visão de Eva, uma visão bíblica de primeira mãe fortalece o conceito ocidental e cristão da mulher como cuidadora e do homem como provedor.

Segundo as autoras, ao homem era legado o poder de cura denominado feitiço e a mulher cuidava dos ferimentos e não os “saravam”.

Refletindo sobre o assunto, que as autoras trazem como dados históricos, uma forte representação pode ser percebida como sendo um atributo feminino da pessoa que cuida e era reservado ao homem, o poder de salvar, curar.

Isto por nós questionado, pode vir a ser uma forte representação sustentada ao longo das civilizações, refletida em nossos dias, onde se verifica um contexto em que a medicina “ainda” sendo um campo profissional com forte presença masculina exerça uma soberania em relação à enfermagem, por esta ser um campo profissional eminentemente feminino.

Devido à importância dos dados históricos trazidos pelas autoras acima citadas, faz-se necessária a reprodução do material que segue.

2.2.3. As Práticas de Saúde Mágico-Sacerdotais

... a estruturação da sociedade em classes leva à constituição de uma casta sacerdotal que se apodera das funções médicas, encaradas como um segredo tradicional e simultaneamente como manifestação do poder curador da divindade... (Petit)

Na Grécia clássica, a Terra pertence ao Estado ou, mais frequentemente, às aristocracias locais, ou, ainda, a uma classe camponesa de médios proprietários e é cultivada pelos trabalhadores rurais e pelos escravos.

A transmissão do poder obedece ao princípio da hereditariedade, sem contudo haver um critério que a legitime, pois, em razão da poligamia, que era comum, as intrigas e contestações armadas eram frequentes.

A religião surge como um fenômeno cívico, tendo interferência na vida política do Estado e este dá expressão maior aos deuses.

Cada cidade possui um deus-protetor e cada atividade é regida por um ente mitológico. Assim, Apolo é venerado como o que espanta todos os males. Ártemis é a protetora de mulheres e crianças. Hygieia é a deusa da saúde e Panacéia, aquela que cura os males. Esculápio, filho de Apolo é discípulo de centauro Chiron, é o deus da arte da cura e da cirurgia, sendo reverenciado nos templos denominados Asclepíades, que se espalharam rapidamente pelas cidades gregas.

As denominações eram as seguintes:

- Sacerdote: exercia o papel de mediador entre os homens e os deuses, investindo-se dos atributos das divindades e do poder de cura, da vida ou da morte. Realizavam-se cerimônias e rituais em que os doentes eram induzidos ao sono, durante o qual, produzia-se a cura.
- Templos: eram locais paradisíacos; banhos em fontes para purificação; oferenda de animais. Pagamento realizado com ouro e prata.

- Cura: era um jogo entre a natureza e a doença e o sacerdote, nesta luta, desempenhava o papel de intérprete dos deuses e aliado da natureza contra a doença. Quando o doente se recuperava, o fato era tido como milagroso.
- Morte: dava-se se o indivíduo era indigno de viver.

Essa prática mágico-sacerdotal permanece por muitos séculos desenvolvida nos templos que, a princípio, forma simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados.

Posteriormente, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar no Sul da Itália e na Sicília. O ensino era vinculado à orientação da filosofia e das artes e os estudantes viviam em estreita ligação com seus mestres formando as famílias, as quais serviam de referência para mais tarde se organizarem em castas.

Estes estudantes se tornaram uma elite bem remunerada e ocupavam um lugar de destaque, atendendo exclusivamente à classe abastada, enquanto os segmentos mais pobres da população eram assistidos por sacerdotes com preparo inferior, que aceitavam ínfima remuneração. Assim, as diversas camadas da sociedade recebiam tipos de assistência diferentes, de acordo como os conceitos estabelecidos pelo grupo social.

2.2.4 As Práticas de Saúde no Alvorecer da Ciência

Como base de toda ação: procurar com o pensamento tranqüilo, as causas da doença sem perder de vista o fim imediato; usar a razão e a experiência, livre de idéias preconcebidas, superstições e conceitos a priori ...
(Castiglioni)

No final do século V e princípio do século IV a.C., o mundo grego sofre profundas transformações morais e espirituais. Os progressos da ciência e da filosofia desviam as elites das velhas crenças e o individualismo estende-se por toda parte.

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passa agora a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico - que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças.

Este período é conhecido pela Medicina grega como período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates que, influenciado por Sócrates e outros filósofos, propôs uma nova concepção em saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação.

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

2.2.5. As Práticas de Saúde Monástico-Medievais

A consciência vive, na medida em que pode ser alterada, amputada, afastada de seu curso, paralisada: as sociedades vivem, na medida em que existem algumas pessoas doentes, que se estiolam, e outras, sadias, em plena expansão; a raça é um ser vivo que degenera; como também as civilizações, de que tantas vezes se pôde constatar a morte... (Foucault)

Nos primeiros séculos do período cristão, as práticas de saúde sofrem influências dos fatores sócio-econômicos e políticos do período medieval e da sociedade feudal. Ocorrem períodos de notáveis progressos, mas também de retrocesso.

Marcado pelas guerras bárbaras que deram início a devastação da Europa Ocidental e à queda do Império Romano, este período é retratado como palco de grandes lutas políticas e de corrupção de hábitos.

Às grandes epidemias de sífilis, hanseníase, flagelos que paralisaram a vida política e social, seguiam-se terremotos e inundações, reforçando as superstições e as crendices que voltaram a prosperar, apoiadas na ignorância coletiva.

Restritos ao clero, os conhecimentos de saúde agora minados pelo ceticismo e desvinculados do interesse científico, precipitam-se para uma prática dogmática. O misticismo volta a predominar e o culto a Cristo, médico da alma e do corpo, funde-se com o culto a Esculápio que ainda permaneceu até o quarto século da Era Cristã.

Nesse período de fervor religioso, muitos leigos, movidos pela fé cristã, voltaram suas vidas para a prática da caridade, assistindo aos pobres e aos enfermos por determinação própria. Criam-se, assim inúmeras congregações e ordens seculares, formando um grande contingente em favor da associação da assistência religiosa com a assistência à saúde.

Nessa época, o controvertido imperador Constantino é citado como principal defensor do cristianismo, sendo a ele creditado o Édito de Milão que deflagrou a destruição dos templos Asclépios, cessou a veneração a Esculápio e passou a assistência dos enfermos para os domínios da Igreja.

Os concílios religiosos desse tempo, por sua vez, ordenaram que a construção dos hospitais fosse feita na vizinhança dos mosteiros e igrejas, sob direção religiosa, o que resultou na rápida disseminação dessas instituições.

Os primeiros hospitais foram inicialmente destinados aos monges e, só mais tarde, surgiram outros, para assistir aos estrangeiros, pobres e enfermos devido à necessidade de defesa pública sanitária, causada pelas grandes epidemias, pela demanda dos povos peregrinos e pelas guerras.

Todos os hospitais tinham como paradigma o caráter religioso em busca da salvação da alma, tanto dos enfermos, quanto das pessoas caridosas que neles trabalhavam.

Suas funções consistiam em assistir os pobres e moribundos e em segregar os indivíduos infectados pelas doenças epidêmicas que, literalmente, dizimaram populações inteiras nesse período.

O hospital dessa época não é caracterizado ainda como uma instituição médica, não havendo, portanto, uma prática médica hospitalar concreta, o que só vem ocorrer a partir do século XVIII.

Quanto à prática da Enfermagem, é a partir do aparecimento das ordens religiosas e em razão da forte motivação cristã, que movia as mulheres para a caridade, a proteção e a assistência aos enfermos, que ela começa a aparecer como uma prática leiga e desvinculada de conhecimentos científicos.

A moral e a conduta eram mantidas sob regras rígidas nos grupos de jovens que se submetiam aos treinamentos de Enfermagem nos conventos. O ensino era essencialmente prático, não sistematizado, sendo desenvolvido em orfanatos, residências e hospitais.

Por muitos séculos, a Enfermagem foi praticada dessa maneira pelas mãos de religiosas e abnegadas mulheres que dedicavam suas vidas à assistência aos pobres e aos doentes. As atividades eram centradas no fazer manual e os conhecimentos transmitidos através de informações acerca das práticas vivenciadas. Predominavam 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.

2.2.6 As Práticas de Saúde Pós-Monásticas

A transição intelectual e religiosa do mundo medieval para o mundo moderno marca o perfil de uma nova era fundamentada na arte e na ciência.
(Burns)

Após atingir o auge do desenvolvimento, o regime feudal iniciou sua decadência, em razão das mudanças revolucionárias da economia, ocasionadas pelo progresso contínuo das grandes cidades e pelo retorno do comércio com o oriente.

A ciência tradicional dá lugar à expansão progressiva da nova ciência ocidental.

Com o humanismo da Renascença, as práticas de saúde avançam para a objetividade da observação e da experimentação, voltando-se mais para o paciente, que para os ensinamentos literários. Desta forma, priorizou-se o estudo do organismo humano, seu comportamento e suas doenças. Acompanhando as recentes descobertas anatômicas, a cirurgia também faz notáveis progressos.

As universidades multiplicam-se impulsionadas pelo crescimento das cidades e pela riqueza e poder que essas acumulam. Neste período, são fundadas 80 (oitenta), só na Europa.

As práticas de saúde, antes monásticas e enclausuradas, vão, cada vez mais, passando das mãos dos clérigos para as mãos dos leigos e, com a fundação das primeiras universidades, tornam-se, quase que totalmente, uma atividade leiga.

A exigência de formação universitária para o exercício da Medicina e o amparo de leis e estatutos vigorosos consolida o status social da categoria. Entretanto, a divisão hierárquica persiste, delineando-se três tipos de assistência: a assistência aos nobres e ricos, oferecida pelos médicos graduados que recebiam altos honorários e honrarias; a assistência aos burgueses e artesãos que ficava ao cargo de médicos e cirurgiões com formação técnica razoável; e a assistência aos pobres que procedia da benevolência pública e era praticada por curandeiros e barbeiros.

A retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a Enfermagem. Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo. Vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição.

A Reforma Protestante teve grande repercussão sobre a Enfermagem, uma vez que esta estava agregada à prática religiosa.

A revolução Protestante também contribuiu para libertar o homem das coerções do eclesiasticismo medieval, sem, contudo, consolidar uma genuína liberdade religiosa.

Dentre os efeitos perniciosos da Reforma, o mais marcante foi a Inquisição, desencadeada pelo fanatismo que obcecava os espíritos dos reformadores. Calcula-se que muitas mulheres curandeiras tenham sido vítimas desse movimento, bem como filósofos e cientistas que propagavam os axiomas de suas descobertas na época.

Como resultado das convulsões, ocasionadas por estes movimentos, inúmeros hospitais cristãos foram fechados e as religiosas que cuidavam dos doentes foram expulsas,

sendo substituídas por mulheres de baixo nível moral e social que se embriagavam, deixando os enfermos entregues à sua própria sorte.

O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças coabitam as mesmas dependências amontoados em leitos coletivos.

Nesse ambiente de miséria e degradação humana, as pseudo-enfermeiras desenvolviam tarefas essencialmente domésticas, recebendo um parco salário e uma precária alimentação por um período de 12 a 48 horas de trabalho ininterruptos. Sob exploração deliberada, o serviço de Enfermagem é confundido com o serviço doméstico e, pela queda dos padrões morais que sustentava, tornou-se indigno e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada. Este período foi do século XVI e XVII, caracterizando a sua fase de decadência.

Esta fase tempestuosa que significou uma grave crise para a Enfermagem permanece por muito tempo e, 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.

2.2.7 As Práticas de Saúde no Mundo Moderno

A supermedicalização é apenas um exemplo particularmente penoso das frustrações criadas pela superprodução. Para penetrar no verdadeiro sentido da iatrogênese social, é preciso percebê-la no seu contexto sócio-econômico geral... (Illich)

No despertar da era moderna, as nações ocidentais viram-se condicionadas por fatores que deflagraram uma nova filosofia econômico-política que viria mudar substancialmente as relações de produção e romper definitivamente com os vínculos remanescentes do feudalismo. Tais fatores resultaram da Revolução Francesa (1789-1799).

A política mercantilista, embora combatida, acelerava o crescimento e a urbanização da sociedade ocidental.

Enquanto a revolução intelectual da filosofia e da ciência contribuía para a dissolução dos velhos preconceitos e para a construção de uma sociedade mais liberal e mais humana, a industrialização manufatureira explorava mulheres e crianças que, sob condições insalubres e sub humanas, trabalhavam árdua e sistematicamente, em favor da riqueza e do poder político da burguesia que passou a ser a classe econômica dominante.

Nesta época, o homem saiu do campo para os novos centros industriais, a população que antes, dificilmente se desnutrira, em razão da facilidade de subsistência gerada pela presença agropastoril, diante das novas condições de vida, da desigualdade econômica e da exploração de seu trabalho, torna-se susceptível às doenças dele proveniente, bem como a contágios que resultam na propagação de doenças transmissíveis. Tuberculose, desnutrição, acidentes e intoxicações passam a fazer parte do cotidiano das classes operárias, bem como o aumento da mortalidade infantil, provocado pelo trabalho do menor e pelo trabalho feminino.

O estado passa então a assumir o controle da assistência à saúde, como forma de garantir a reprodução do capital, através do restabelecimento da capacidade de trabalho do operariado. Cria toda uma legislação de proteção ao trabalho, com o fim de manter a população sadia e produtiva. Ao atender este objetivo, as práticas de saúde passam a observar a ideologia dominante e a colaborar para a manutenção da hegemonia e da relação de dominação/subordinação entre as classes.

Conforme PIRES (1989: 18-19):

É no período histórico de século XIX que se dá esse processo de ascensão social dos profissionais liberais e de reconhecimento pela esfera de poder do valor do saber de médicos, engenheiros e bacharéis em direito. Analisando a evolução da intervenção governamental no setor saúde, a construção das políticas nesta área e o processo de institucionalização da medicina, delinea-se o quadro que resultou na imposição do saber médico como o único, verdadeiro e superior e que forjou o médico como gerenciador do ato de saúde, dotado de poder controlar e delegar papéis aos demais profissionais de saúde.

Perante o exposto dos autores e da indagação primária deste trabalho, infere-se que a construção dessa hegemonia médica se dá através da construção de valores socialmente construídos e mantidos pelas representações de poder constituídas e pela autorização da

sociedade, isto é, valoriza-se o trabalho do médico com questões muito mais no campo das idéias (reconhece, não se questiona) do que a realidade possa oferecer. Em contrapartida, o papel da enfermagem é sustentado por uma visão matriarcal, onde o cuidar nos remete ao ato de submissão, assim como no desenvolvimento da civilização humana, a mulher esteve submissa ao papel e aos atributos masculinos.

Escreve Pires (1989; 115):

A vertente do trabalho caritativo e religioso foi muito importante e hegemonizou a ideologia e o trabalho da enfermagem por longo período, após o advento do cristianismo, e sua persistência como doutrina religiosa poderosa em todo o mundo ocidental. Na enfermagem, essa influência foi tão grande, que até hoje o seu trabalho é visto como parte da assistência caritativa e os profissionais de enfermagem, como exemplo de abnegação, de vida ascética e de dedicação aos pobres desvalidos e necessitados de ajuda.

Podemos assim inferir que esta representação social, também aliada à questão social e política do processo de desenvolvimento das práticas da saúde, possa ser um dos elementos responsáveis por essa “hegemonia médica” acompanhada de uma “submissão” (submissão esta questionada por nós) pela enfermagem.

2.3 A SAÚDE NO BRASIL NA ATUALIDADE

Através da imprensa falada e escrita, é possível perceber-se uma grande insatisfação diante dos serviços prestados pela rede pública de saúde no Brasil. Ao lado desse quadro, tem-se também a vivência da pesquisadora em um Pronto Socorro, quando desenvolveu sua dissertação de mestrado (Silva, 1999) o que lhe possibilitou um maior aprofundamento “dessas queixas” (diríamos de senso comum) possibilitando a confirmação dessas através de observações no local e também pelo discurso dos profissionais, que lá trabalhavam, assim como a população que buscava atendimento.

As insatisfações tanto da população atendida, quanto dos profissionais que atuam nessa rede, repercutem em um ambiente inóspito, onde se vivencia um mar de reclamações.

O ambiente hospitalar é percebido como o cerne de questões básicas da saúde do homem, pois vive-se a morte e a vida a todo instante, remetendo quase que compulsoriamente o homem ao seu maior, mais temível e primitivo medo, o da morte. Desta forma, podemos verificar nos seguintes trechos da dissertação de Silva in Chanlat(1999:8):

“A respeito dos trabalhadores da área da saúde, estudos desenvolvidos por P. Logeay e G. Gadbois in Chanlat (1993) sobre a agressão psíquica da morte no trabalho de enfermagem, mostram claramente como a presença da morte e a impotência de não poder dominá-la remetem o sujeito para o fantasma de sua própria morte repercutindo em condições particulares geradoras de stress e a outras respostas adaptativas e/ou defensivas”.

Em condições muito difíceis de trabalho, o gênero profissional dentro do hospital sofre. Se voltarmos nossos olhos à pesquisa internacional, encontraremos problemas de comunicação nos hospitais, problemas relacionais de valorização do trabalho e uma gama conflitiva oriunda de vários aspectos, inclusive o relatado anteriormente como o medo ou até impotência frente à morte (Chanlat, 1993). Na realidade do Brasil, esses fatores estão presentes de forma bem evidente.

Vivemos aqui as conseqüências do período da ditadura (1964 -1984) ditadura esta que diminuiu o poder de ação de diversos movimentos e/ou grupos (Chauí, 1993). Os profissionais da área da saúde no espaço público não escaparam dos tentáculos da ditadura militar.

Hoje presenciamos as condições muito precárias de toda a área da saúde pública, empurrando de uma forma indireta a saúde privada, onde na necessidade da maioria dos brasileiros de classe média de não se submeter a filas enormes, más condições de atendimento, materiais escassos (quando não inexistentes), equipamentos sucateados e até obsoletos, buscam a medicina privada através das chamadas medicinas de grupo, popularmente chamadas de convênios ou planos de saúde.

Esta busca levou também a uma queda na qualidade do atendimento aos conveniados, pois ao se ter um sistema de saúde tão precário, aquele que seja um pouco diferenciado, fará uma grande diferença.

Isto repercute nos planos de saúde, nos quais se oferece uma má remuneração aos seus profissionais e uma economia “abusiva” de pedidos de exames, solicitações de procedimentos, por ter claro que é um espaço extremamente competitivo¹³, ocasionando uma insatisfação no trabalho desses profissionais.

Considerando sua importância, transcreveremos aqui um trecho de uma entrevista realizada com um médico, quando se pôde perceber tal insatisfação, ao se questionar durante as entrevistas o que a medicina trazia para ele:

“Gratificação pessoal, porém hoje em dia muitas frustrações, porque o mercado de trabalho é cruel e há muito meus sonhos se tornaram difíceis de ser concretizados. Nossas necessidades financeiras nos fazem trabalhar mais e mais e não há tempo para ter bom relacionamento médico-paciente, em alguns lugares de trabalho (medicina de grupo), pois o tempo instituído para consulta é muito curto (10-15 min.) E aí que prática da medicina ideal eu posso fazer? Tempo para estudar, atualizar é cada vez menor. O médico está estressado, angustiado, sobrecarregado física e psicologicamente, mas ainda tem otimismo para continuar trabalhando. As condições de trabalho são ruins, mas a medicina sempre será bela”.

As condições precárias de trabalho nos hospitais públicos, onde há uma redução constante dos investimentos, gerando falhas no atendimento pode induzir à formação defensiva de espaços de cada grupo profissional.

Ancorando nossa fala, buscamos conceituar as defesas coletivas e ideologias defensivas da profissão, por serem importantes no entendimento dos processos que norteiam os grupos na forma de atuarem e conviverem em sociedade.

Para Dejours:

Um tal acordo normativo, quando ele existe, não implica uma coisificação de um sujeito submetido à regra. A regra é de fato possuída pelos indivíduos coletivamente, ela cessa de funcionar a partir do momento em que os sujeitos não desejam mais fazê-la funcionar de comum acordo) por exemplo quando um dos membros do coletivo trapaceia) (...) a estratégia coletiva não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo assim de condições externas. (...) elas atuam sobre a percepção da realidade e operam por retorno e eufemização. (Dejours et. Al., 1994: 128-129)

¹³ Essas informações foram obtidas através de conversas informais com médicos que trabalham nas medicinas de grupo da cidade de São Paulo.

A fim de reforçar nosso questionamento sobre o percurso das duas áreas da saúde envolvidas nesta pesquisa e as razões de suas atuais condições, colocaremos observações valiosíssimas obtidas através de uma conversa formal com um Doutor enfermeiro, pesquisador em Saúde coletiva e em educação em saúde. Por sua experiência profissional também gravitar em ter trabalhado vários anos em hospitais (sempre vivenciando esta relação entre médicos e enfermeiras), consideramos os dados por ele fornecidos procedentes e devido seu vasto conhecimento e seriedade como pesquisador, os apontamentos que seguem são de origem dessa conversa ¹⁴.

A medicina é mais antiga e o fazer da enfermeira era feito pelo próprio médico (quando em famílias abastadas ou necessidades coletivas) e também se inseriam neste contexto bruxos, curandeiros que eram “utilizados” pelos menos abastados.

Em contrapartida, na medicina de 100 a 150 anos atrás, esta ciência era empírica e arcaica. Havia conhecimento de anatomia e algumas técnicas cirúrgicas (em função da necessidade dada), mas faltavam higiene e técnicas básicas (essas iriam surgir no final de 1800).

A enfermagem personificada em Florence Nightingale, considerada a fundadora da moderna enfermagem, rebusca aspectos relegados pela ‘velha medicina’ que vão dar outra tônica à área da saúde (lavagem das mãos, higienização do ambiente hospitalar, aeração e outros), graças a seu trabalho no atendimento aos soldados feridos na guerra da Criméia.

Exemplos disso é entender que os movimentos mais científicos na saúde vão se dar com a descoberta do microscópio¹⁵ (por volta de 1890), do antibiótico (setembro de 1928¹⁶), mesmo que algumas vacinas já existissem.

Os últimos 50 anos são decisivos para a cientificidade da medicina e a relação com a cura (o próprio Ministério da Saúde é criado em 1953, quando pouquíssimas cidades tinham seus departamentos de saúde, assim como os estados, que a partir do primeiro vai criar essas agências).

¹⁴ Esta conversa de deu em São Paulo, no Programa de Estudos Sociais na Pontifícia Universidade Católica em dezembro de 2005.

¹⁵ Em 1665 o inglês Robert Hooke construiu o primeiro microscópio composto.

¹⁶ Em 1928, o escocês Alexander Fleming.

O hospital deixa de ser depósitos de “pobres e moribundos” assim como albergues, para tornar-se “casa terapêutica”. Ao mesmo tempo o médico deixa de cuidar nas residências e passa a trabalhar no hospital, por ser mais rentável, com maior status e com maiores possibilidades terapêuticas.

É importante destacar que diferente de hoje, os agravos crônicos degenerativos não eram preocupantes, já que era baixo o número de idosos, pois a expectativa de vida era baixa.

Amplia-se a atenção básica e a criação das UBSs (Unidade básica de saúde) que davam conta da “medicina de pobre para pobre”, e agora os hospitais passam a atender os mais abastados, uma vez que o número de hospitais públicos e que não eram escola, até final dos anos 70 era pequeno.

Associado a tudo isso, com a criação do INPS em 1967, antecipado pela lei da medicina suplementar de 1966, o próprio serviço público passa a financiar a medicina privada. Começa a valer a pena, de fato, ser médico trabalhava-se muito, porém compensava financeiramente (o que não mais ocorre na realidade brasileira). Isto é tão verdade que se até 1960 havia 29 escolas médicas, de 1960 a 1969 foram criadas 45, ou seja, 5 a cada ano em média.

Já que estamos falando do Brasil e associado a isso possibilidades terapêuticas, é na década de 60 em diante que ser médico passa a ser rendoso financeiramente, antes era só o “mito”; de 1960 a 1990(30 anos).

Temos o mito associado a possibilidades de riqueza, hoje talvez voltamos à permanência do “mito”, pois pensar em enriquecer, com a concorrência existente hoje e ainda permanecer esse “glamour” é de fato só o mito do poder, alicerçado nas representações sociais desse poder que garante e sustenta essa idéia compartilhada pela sociedade brasileira.

Entretanto, a enfermagem que se profissionaliza no Brasil nos anos 20 e faz isto, pela necessidade da atenção primária à saúde, até então chamada de saúde pública, fica até os anos 50 ou menos aí (na atenção primária a saúde) e passa também a buscar a instituição hospitalar, por ser mais rentável (assim como para os médicos) e para organizar e “dividir” parte do serviço médico que no Brasil passava a se construir.

Em outras palavras tem a enfermagem a ambição de nascer pela saúde pública (diga-se APS), mas em pouquíssimo tempo e mesmo com seu currículo americanizado que já era voltado ao hospital, à doença e a cura, fica focada no hospital e não na saúde pública.

Na primeira metade da década de 1960 e no início da ditadura, a enfermagem torna-se de nível superior (ou seja, as faculdades de enfermagem existem por volta de 45 anos) e vem com toda a perspectiva que é hospitalar, dada a necessidade de que agora se tinha na área.

Na década de 1970, a enfermagem começa a se estruturar como de nível superior de fato e cria seus recursos de *lato senso* (enfermagem cirúrgica, obstétrica e em saúde pública) que foram os três primeiros cursos, mas os hospitais não só atraíam mais os formandos, como era mais rentável, mesmo que ele fosse mais para gerenciar do que assistir.

Os anos 80 trazem à área de saúde (e daí a enfermagem e também a medicina) uma verdadeira revolução social (diretas já, 8ª. CNS – 1986, novo texto da constituição 1988, queda total da ditadura militar e muitos outros movimentos sociais em função de todo processo de democratização política e social)¹⁷.

O hospital deixa de ser o mais interessante para o enfermeiro, mas vai ficando mais interessante para os médicos, devido a coroação de especialização.

Para as enfermeiras, a ampliação vai se dar na atenção primária à saúde, (APS) em que cargos vão surgindo, em função de todas essas mudanças como: Secretário municipal da saúde, Assessor de ações programáticas, Diretor de unidades de saúde, tendo uma melhoria significativa na remuneração, mas ao mesmo tempo as enfermeiras que ficam no hospital estudam mais e passam mais conflituosamente a alcançar espaços antes dos médicos (estomaterapia, especialista em curativos, especialista em Home-Care ¹⁸, nos esportes, em educação em saúde e nas medicinas em grupo) e outras possibilidades que a preocupação da

¹⁷ As Conferências de Saúde foram importantes para a democratização do setor. Em 1986, aconteceu a **8ª** Conferência Nacional de Saúde e o relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde". A partir da promulgação da Constituição, em **1988**, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

¹⁸ Termo utilizado para designar hospital em casa.

relação médico-enfermeira se dilui e a sociedade, mesmo que muito lentamente, passa a conhecer a enfermeira, a distingui-la.

Na APS, a evolução da enfermeira e de outros profissionais se dá pela abertura oferecida pelos governos progressistas, pois para ser gestor depois dos anos 80, não era necessário precisava mais ser médico, mas sim ter algumas habilidades tais como: lidar com o público, saber gestar (essa atribuição à enfermagem é muito adequada já que o currículo da graduação se concentra 23% na área da Administração).

Na atualidade, como a instituição hospitalar perdeu sua exclusividade por não ser mais a única que emprega enfermeiras, e os médicos não ganham tão bem, a docência tem sido uma outra opção rentável para a enfermeira (bem mais que outras áreas). Assim a relação conflituosa médico-enfermeira não se apresenta, como no passado, tão acentuada.¹⁹

Esta enfermeira não é tão mais submissa assim, porque o que ela questiona mais e pode decidir não fazer o que o médico pede.

Outrossim, a enfermeira, por ter maior vínculo, contato e proximidade com o “usuário”, “paciente”, com sua equipe decide hoje sobre vagas, leitos, limpeza especializada, e é mais ouvida pelo médico, porque está mais preparada.

Uma questão que se pode levantar aqui é que quando a enfermeira busca mais a gestão e docência, tem por objetivo possivelmente mais “poder”, que é a sua forma de obtê-lo, enquanto para o médico é pela clínica e cura.

Há que se destacar que temos hoje mais de 30 mestrados em enfermagem e 10 doutorados específicos à enfermagem.

Isto não se compara ainda com a produção científica da medicina, mas coloca a enfermagem numa das melhores produções e destaques em relação a outros profissionais.

A enfermagem tem hoje mais de 20 periódicos bem indexados, isto significa publicar por ano aproximadamente 500 artigos, sem contar os que estão em fase de indexação. Mas,

¹⁹ Fala pontual do entrevistado, expressando exclusivamente o que ele acredita.

infelizmente, a vontade de “copiar o médico” ainda permanece e o movimento de especialização arrebatou a enfermagem.

Um outro aspecto que deve ser considerado em sua complexidade reafirmando ser a relação médico - enfermeira coroadada de conflitos é que várias descobertas na história da medicina devem-se às enfermeiras, atribuídas posteriormente aos médicos como: educação em saúde, métodos anticoncepcionais, alojamento conjunto nas maternidades, movimentos de higienismo hospitalar.

Nós, pesquisadores, julgamos ser este fato acima mencionado muito relevante para explicar este conflito nessas áreas, assim como a perda do poder do médico na contemporaneidade, podendo ser percebida através de movimentos de “violência social”, a fim de manter esse poder como o ato médico e a insistência de se dizer nos meios de comunicação que o vestibular da medicina é ainda o maior vestibular, mesmo que fontes fidedignas contrariem tal fala.

Não podemos deixar de citar que esse depoimento trouxe uma visão muito atual e relevante a essa pesquisa, por expressar o conhecimento de um profissional da área com uma experiência hospitalar considerável e também por seus conhecimentos na área da ciência.

CAPÍTULO 3. O HOSPITAL COMO ORGANIZAÇÃO

Buscando um maior entendimento das condições objetivas em que o poder se instala nas organizações, uma análise acurada nos remete aos conteúdos expressos de forma simbólica.

Nesta vertente, a cultura é a manifestação, isto é, o conjunto de pressupostos básicos, valores, crenças, símbolos, rituais, interpretações, expectativas, sentimentos, modelos mentais e preconceitos partilhados por um grupo de pessoas. É tudo isto que dá o caráter da organização.

Alicerçado nesse modelo, um verdadeiro estudo do poder ou das culturas organizacionais só poderá ser compreendido dentro do contexto, onde determinada cultura está inserida e, por conseguinte, atuando. Isso pode ser verificado através da análise de sua tarefa primária, organização do trabalho vigente, sua história, os sinais diretos ou indiretos capazes de serem apreendidos pelos usos, costumes, valores, associações, dos grupos de indivíduos ou de agentes sociais, que compartilham dessa vivência historicamente dada, ou seja, a de viver o dia a dia de uma organização.

Buscamos, neste trabalho, compreender como se fundamentam as relações de trabalho no contexto hospitalar, focando os médicos e o corpo de enfermagem, visto ser uma relação de muito conflito e as razões de como isso se “organizou” no percurso histórico. Tal avaliação deve ser prioritária visto que a cultura de uma organização é determinada pela forma como os sistemas internos de autoridade, de trabalho e de comunicação são administrados e organizados (Shein, 1985).

O primeiro ponto a ser considerado diz respeito a este tipo de organização; a tarefa primária de um hospital é o cuidado com os doentes. Ela é por si só de natureza ansiogênica. O contato cotidiano com o sofrimento, com corpos mutilados, com a morte, mobiliza as ansiedades mais primitivas do homem; as fantasias, as ameaças à sua integridade física e

psíquica e o contato com sua vulnerabilidade, ocasionando feridas em seu narcisismo²⁰, (Freud,1910). Esse cenário pode eliciar sentimentos hostis entre seus membros, misturando dificuldades pessoais a dificuldades profissionais.

Dentro de um hospital, as funções de um médico e de um enfermeira divergem, mas, às vezes ,se confundem. Isso poderia parecer óbvio, mas não é. Como todas as profissões, cada um tem seu espaço e lugar dentro de um contexto, porém quando voltamos os olhos para os hospitais, percebemos como essa divisão é estreita e talvez em razão disso tão complicada. O ser doente necessita de cuidados diversos como uma boa alimentação (nutricionista), um suporte psicológico (psicólogo), uma avaliação motora (fisioterapeuta) enfim, se faz necessária a fusão de vários diagnósticos para o equilíbrio do indivíduo a fim de se ter a homeostase²¹. Mas quem “lida” diretamente com a doença, com as seqüelas que essas possam ocasionar, são os médicos e as enfermeiras. Aos médicos são delegadas as funções de diagnósticos, intervenção e tratamento, enquanto às enfermeiras suas funções são de dar suporte às ações empreendidas pelos médicos.

Esta organização de trabalho muito se assemelha à Organização Científica, modelo taylorista básico (Chiavenatto, 2000), quanto à instauração de inúmeros níveis hierárquicos, onde o executor está proibido de pensar, levando a uma situação na qual a única forma de se ascender na profissão para a enfermeira mais qualificada é galgar cargos de chefia.

Se analisarmos o papel primordial, o de maior qualificação, aos outros de dedicação, doação e amor ao ofício da enfermagem e analisarmos que os cargos de chefia, neste sistema, se compõem daqueles que pensam, programando as atividades dos executores, veremos que, desta forma, esse papel que premia os esforços da enfermagem delegando cargos de chefia, afasta-se do objetivo de sua tarefa primária, de ser enfermeira (Rodrigues, 1991).

²⁰ Sentimento emotivo de amor dirigido ao próprio indivíduo (homem ou mulher). **Freud** já fazia uso do conceito de **narcisismo** antes de introduzi-lo em 1914 em *Sobre o narcisismo: uma introdução*, onde o articula mais profundamente na teoria psicanalítica. O termo **narcisismo** aparece em sua obra pela primeira vez em 1910 (*Três Ensaíos*), para explicar a escolha de objeto nos homossexuais. **Freud** afirmou que estes tomam a si mesmos como objeto sexual, já que procuram jovens que se pareçam com eles, e a quem possam amar como suas mães os amaram. (9)

²¹ Homeostase - Estado de equilíbrio do organismo vivo em relação às suas várias funções e à composição química de seus fluidos e tecidos.

Queremos aqui também, abordar a questão do “locus” da investigação, que é o hospital.

O Hospital, espaço de vida profissional de um sem número de pessoas de formações diversas, é também um espaço de sofrimento e angústia, pois aí se convive com a vida e com a morte a todo instante, com protagonistas (pacientes) e seus parceiros, familiares e amigos; nesse sentido, o hospital é gerador de seu próprio campo de tensão. É, por outro lado, um espaço recortado de demandas diversas, prioridades diversas e diversamente hierarquizado.

A hierarquia e a distinção das funções pode ser lida nos vestuários dos profissionais. É um espaço quase sagrado, que convive freqüentemente com a dessacralização de alguns espaços e atividades “menos nobres”.

O Hospital é assim, um território que se presta às relações de poder e empresta a sua importância àqueles que nele trabalham. Para o médico, esse é o lugar, por excelência, do reconhecimento dos seus méritos, da sua importância, do seu conhecimento.

O corpo médico (que está longe de ser uniforme, já que há diferenças de hierarquia e de prestígio marcantes) é percebido, e se autodefine, pelo saber sobre a vida e a morte. O corpo de enfermagem se autodefine pelo cuidar.

Neste espaço hospitalar, muito específico, escolhemos trabalhar com uma relação que definimos como “clássica”, qual seja, a relação entre médicos e enfermeiras. O hospital pode ser visto também como um espaço de exercício interdisciplinar, das equipes multidisciplinares, onde as profissões idealmente se complementam.

De fato, tende-se a encontrar a “supremacia simbólica” da figura do médico. Esta supremacia simbólica, quase hegemônica da medicina em relação aos outros profissionais, evidencia-se nas lutas dos diversos Conselhos da área da saúde, pela não aceitação do “ato médico”. A entrada de novas áreas profissionais, ou o re-desenho de outras, são fontes de desconforto e de disputas em vários níveis.

Para nós, fica evidente ser o hospital um “locus” apropriado para a condução dessa tese (mesmo com os problemas que esta escolha suscitou).

Perante o exposto, ao avaliar o impacto do poder nas relações organizacionais, nas formações das representações, se faz imprescindível discorrer sobre cultura, não só como instâncias de formações simbólicas, mas também como produções objetivas nas quais esse poder se dá e onde essa cultura se instala.

3.1 A QUESTÃO DO PODER E DA CULTURA NAS ORGANIZAÇÕES NO BRASIL

As atitudes e maneiras de ver do staff corporativo no topo tendem a ter significativo impacto nos costumes e sistemas que permeiam toda organização.

Necessário é estar atento para a relação entre liderança e cultura organizacional, porque mostram as razões porque a organização trabalha e da forma que a fazem.

Líderes formais (aqueles institucionalmente eleitos) não são os únicos a ditar a cultura organizacional. Temos também o surgimento dos líderes informais (que são aqueles eleitos por atributos pessoais, como competência, por informação, recompensa²² etc) que também contribuem para o desenho ou até o redesenho organizacional, isto é, a formação da cultura.

A cultura não é imposta, ela se desenvolve através da interação social dentro e fora das organizações.

Reflete-se nas conversas de bares, nos centros recreativos (bar, lazer) como também nos escritórios, no perfil do fundador, assim como na história de heróis e mitos organizacionais (Chanlat, 1993).

Nas organizações, os sistemas de valores diferentes, competem entre si, gerando realidades organizacionais diferentes.

Alguns conseguem desenvolver sua própria linguagem.

²² Este assunto das bases de poder de um líder não serão aqui enfocadas em função de distanciar do foco principal do trabalho. Pode ser analisado em sua profundidade no livro de Hersey e Blanchard citado nesta tese.

Segundo Edgar Shein, (1985) só é possível entender a organização se considerarmos a cultura como causa e explicação desta. Para ele, os conflitos entre os indivíduos e a organização são causados, não pelas diferenças de personalidades individuais e sim pela aprendizagem compartilhada, que estas pessoas vivenciam e compartilham nas organizações.

Mas para compreender o comportamento das organizações é necessário responder às perguntas: as organizações são realidades socialmente construídas? Que fenômeno é este denominado cultura?

Ao falarmos de cultura, referimos ao padrão de desenvolvimento refletido que observamos nos sistemas ideológicos, valores, conhecimento de um povo; deve ser vista como um processo contínuo, proativo de construção da realidade e que vivifica o fenômeno cultural. (Morgan, 1996).

É através dela que os indivíduos funcionam e se relacionam muitas vezes estabelecendo uma relação dialética com ela e a sociedade.

Ao pensarmos em uma organização, precisamos pensar quais foram os princípios norteadores de sua cultura corporativa (já que a cultura irá nortear, estruturar os padrões de interpretações de símbolos, sinais, artefatos e ações).

Quando buscamos o viés da Antropologia, a dimensão simbólica é concebida como capaz de integrar todos os aspectos da prática social.

Na visão da Sociologia, que irá considerar a subcultura, podemos construir uma visão de que a cultura compreende um conjunto de soluções inventadas por um grupo de indivíduos, a fim de solucionar determinados problemas em situações comuns. Essas soluções não são aleatórias, pois trazem consigo um reflexo do passado, presente, bem como do material e do social.

Mas o que podemos formular acerca do que é cultura? A palavra derivou metaforicamente da idéia de cultivo, de desenvolver a terra, lavar.

Ao se avaliar a importância da cultura e de seu entendimento na formação de ritos e criação de estigmas (tal qual do poder instituído aos médicos), a definição de cultura se faz pertinente:

Cultura é um conjunto de modos de pensar, de sentir e de agir mais ou menos formalizados, os quais, tendo sido aprendidos e sendo partilhados por uma pluralidade de pessoas, servem, de maneira ao mesmo tempo objetiva e simbólica, para integrar estas pessoas em uma coletividade, distinta de outras. (Rocher, 1969: 111)

Quando falamos de cultura, nos referimos especificamente a um padrão de desenvolvimento refletido nos sistemas sociais de conhecimento, ideologia, valores, leis e rituais quotidianos, bem como fazemos referência ao grau de refinamento evidente em tais sistemas de crenças e práticas. A cultura pode ser descrita de diferentes maneiras, através do significado, da compreensão e dos sentidos. Ela carrega consigo o processo de construção da realidade, que proporciona aos indivíduos verem e compreenderem eventos, ações, objetos, expressões e situações particulares de maneiras distintas, tornando assim o comportamento de alguém sensível e significativo (Morgan, 1996).

Pode-se perceber cultura como uma relação dos símbolos e interações sociais, em que os modos de pensar, agir, sentir são mais os menos formalizados, os quais, tendo sido aprendidos e sendo partilhados por uma pluralidade de pessoas, servem de maneira simbólica e objetiva para integrar as pessoas em uma coletividade distinta de outras. Tudo isso contribui para que diferentes grupos tenham diferentes estilos de vida.

Cultura é uma dimensão do processo social, da vida de uma sociedade. Não diz respeito apenas a um conjunto de práticas e concepções, como por exemplo, poder-se-ia dizer da arte. Não é apenas uma parte da vida social como, por exemplo, poder-se-ia falar de religião. Cultura tem a ver com a realidade social, com todos os aspectos da vida social.

É uma construção histórica, seja como concepção, seja como dimensão do processo social. Cultura não é algo natural, não é uma decorrência das leis físicas ou biológicas. É um produto coletivo da vida humana.

Nossa preocupação se alicerça aí; se a cultura dita as formas das organizações funcionarem, serem e se organizarem, onde reside ou em que momento se estabeleceu essa relação tão conflituosa entre médicos e enfermeiras? Nossa indagação caminha.

No Brasil, a maioria das empresas apresenta estruturas hierárquicas com o poder de decisão centralizado no topo da pirâmide, ditando uma administração centralizadora, perpetuando a divisão da administração científica, onde existe claramente a divisão entre os que pensam (ou seja, os que mandam) e os que executam.

As promoções são baseadas num misto de idade, avaliação de desempenho e relações interpessoais, refletindo uma cultura autocrática.

Essa postura atualmente passa por transformações, em função de um contexto competitivo global.

Essa “atualização” na forma de administrar-se, não pode ser vista como algo estanque, específico, mas algo multidimensional, ocorrendo no cotidiano das organizações e, por esta razão, muito incipiente em um contexto geral.

Quando adentramos no contexto hospitalar, isso não é tão possível de se ver, visto ser uma organização muito arraigada a valores pessoais, históricos, políticos, dificultando uma construção de uma nova forma de administração, justamente por esses valores serem tão fortemente construídos e mantidos por seus atores.

Em uma organização hospitalar esse referencial é fortalecido, pois o organograma não tem tanta relevância, mas sim uma cultura fortemente arraigada ao imaginário coletivo, onde mesmo um “doutor” recém formado tem seu lugar na estrutura e mesmo que haja funcionários com o mesmo nível de formação e mais tempo de serviço, por exemplo, a enfermeira, o fisioterapeuta, o que tem mais valia ou que aspira o reconhecimento organizacional maior, é sempre o lugar do “doutor”.

É importante ressaltar que a pesquisadora ao trabalhar em 1985 na “Companhia Brasileira de Projetos e Obras –CBPO”, no canteiro de obras do trecho do metrô Barra Funda - Santa Cecília (São Paulo), como Técnica de recrutamento e seleção, “aprendeu” que embora

os engenheiros fossem contratados e tivessem seu lugar hierárquico, os mestres de obra tinham um poder referendado pelo conhecimento obtido por anos em construção civil e suas opiniões eram largamente ouvidas e muitas vezes seguidas (mesmo à revelia dos engenheiros).

Este recorte é intrigante ao mesmo tempo que interessante, pois contraria o que foi dito do contexto hospitalar, visto que, na obra, o que conta é o conhecimento e isso é gerador de poder e, nos hospitais, o que conta é o título, aliás, o lugar que este título ocupa.

Aqui cabe uma colocação: vivemos em um país de “doutores”, onde qualquer indivíduo que galgue uma posição diferenciada, prontamente recebe a alcunha de “doutor”. Isto reforça a intenção deste trabalho, que é buscar o entendimento, porque as relações de poder são tão bem instituídas em torno da profissão do médico, enquanto que o quadro atual da saúde brasileira é desolador, em função de baixos salários, condições adversas de trabalho, jornadas desumanas, falta de uma política de saúde.

Mas nada disso impede de se cultivar um poder (muitas vezes simbólico) e até de se construir uma cultura por todos compartilhado no imaginário coletivo e de se ter um local de destaque, uma profissão sonhada, disputada nas universidades e cultuada como sendo o ápice profissional (ver citação na introdução do CRM in ato médico contrapondo-se com os dados da Fuvest 2001).

Este panorama não condiz com a realidade nacional, pois encontramos profissões muito melhor remuneradas, com poder decisório muito mais abrangente, com horários muito mais flexíveis e, mesmo assim, o “glamour médico” ainda persiste.

Este glamour será originado na função curativa ou no fato de se ter momentos de deuses, onde se pode decidir sobre entre a vida e a morte? Ou será em função do poder em trazer a vida?

Muitas questões podem ser levantadas, mas gostaríamos de nos atermos à questão da autoridade, do poder que emerge desta profissão sobre as demais, em especial, ao corpo de enfermagem, objeto de estudo deste trabalho.

Constam da mídia escrita e falada as dificuldades enfrentadas pelos médicos em função de uma política precária da saúde, de hospitais da rede pública em estados deveras sucateados, de hospitais privados cobrarem atitudes que possam até infringir o código de ética do Conselho Federal de Medicina em função de custos elevados de certos procedimentos, como exames, tempo de internação, enfim tudo que possa onerar um plano de saúde para o qual o lucro deve ser a todo momento perseguido.

Toda essa atmosfera de trabalho vigiado, cobrado e muitas vezes mal remunerado, aliada a outras condições já citadas, não interfere no lugar que o médico ocupa. Ele continua sendo cultuado e valorizado por toda uma sociedade, que lhes empresta um poder simbólico tão arraigado ao imaginário coletivo, que nem situações adversas ou mudanças sócio-políticas podem mudar esse cenário.

O corpo de enfermagem de um hospital vivencia essa soberania muito de perto, razão pela qual foi escolhido como grupo de trabalho a ser pesquisado juntamente com o corpo clínico.

Conforme SILVA (1999:82) nos relatos de enfermeiras de um Pronto Socorro Municipal de Santo Amaro, colhidos durante a elaboração da dissertação de mestrado, ficou evidenciada a dificuldade de relacionamento com os médicos.

Este trecho em uma destas entrevistas, atua como suporte da afirmação acima:

... Nós, enfermeiras, também enfrentamos um problema de relacionamento com os médicos. Eles são difíceis, a impressão que dá é que eles estão aqui só para atender. Eles são muito frios, não vêem o paciente como um todo. Eu não tenho obrigação nenhuma de ficar chamando médico para ver o paciente. Se eu não chamo, ele não vem, a gente passa a ser chata. A obrigação é deles. Inviabiliza, emperra o trabalho. Eles não sabem trabalhar em grupo. Ele é quem sabe, quem manda, o resto que execute. Não é por aí...

Através deste depoimento infere-se a existência de muita dificuldade na relação entre médico-enfermeira em um contexto hospitalar.

3.2. A DEFINIÇÃO DE PAPÉIS NAS ORGANIZAÇÕES

Segundo Silva (1998), no Hospital Geral, o ideal do trabalho solidário em equipe geralmente é substituído por uma organização de trabalho que promove a competição entre as especialidades e o corporativismo, gerando situações de conflito entre as áreas que deveriam trabalhar em sintonia e não fechadas em um universo restrito ao da medicina.

A introdução das ciências humanas promove uma relativização do discurso biológico, através da crítica à hegemonia do saber médico e à exclusão de outros saberes na discussão sobre saúde.

Quando buscamos entender qualquer organização, seja uma entidade social na qual as pessoas interagem entre si, para alcançar objetivos específicos, ou como parte de um processo administrativo onde as pessoas ocupam posições, se faz necessário buscar o entendimento da cultura que reina nessa organização, pois, esta é o reflexo dos desejos, anseios, políticas e, muitas vezes, de questões veladas, mas que norteiam as relações de poder e comunicação entre os pares.

Muito tem sido escrito e dito sobre o poder como mediador nas relações interpessoais, seja no âmbito organizacional, como no cotidiano das pessoas.

Devido à natureza complexa e controvertida do tema, muitos questionamentos têm sido feitos sem que porém se chegasse a um acordo na visão científico-acadêmica.

Este trabalho não busca esgotar os conceitos e nem mesmo apresentar respostas para um tema tão complexo; objetiva, no entanto, apontar as possíveis causas que levam a cultura a sustentar a hegemonia médica perante as outras áreas da saúde, mesmo a despeito de um quadro caótico vivido pela saúde brasileira que abrange baixos salários, condições precárias de trabalho, materiais sucateados, alojamentos para médicos nos hospitais sem o mínimo conforto (pressupõe camas, cobertas, enfim o básico para quem fica 24hs de plantão, por exemplo) alimentação precária, alguns hospitais sem a mínima infra-estrutura.

Mas nada disso tira o encantamento por parte dos profissionais, como que se, de repente, fizessem parte do quadro de heróis, de pessoas especiais, capazes de tudo suportar, justamente por serem diferentes, superiores.

Sendo a cultura organizacional um conjunto de valores, crenças e pressupostos, que determinam os modos pelos quais os indivíduos se relacionam, entendemos que através do estudo das relações hierárquicas e do poder institucionalizado ou simbólico (aquilo que não é formalmente estruturado, mas é compartilhado por todos da organização, em nosso trabalho, nos hospitais) poderemos chegar ao modo como estes valores foram formados e influenciaram a visão no contexto hospitalar, que é o local de uma prática hierarquizada a partir do saber e da atuação médica.

O que justifica que as relações de desigualdade e poder estabelecidas no campo da saúde entre enfermeiras e médicos tenda a se manter? Algumas hipóteses podem ser formuladas:

- 1- A desigualdade decorre de relações de gênero
- 2- A desigualdade decorre de classe social
- 3- A desigualdade como consequência da mitificação da figura do médico, (O hospital entrará com seu papel agregador de conflitos).

Embora hoje o campo da enfermagem seja diversificado, a enfermagem é um campo majoritariamente feminino, portanto a história da enfermagem se confunde, em muitos momentos, com a história da mulher no mundo.

Vale ressaltar que desde os primórdios, as mulheres eram curadoras populares e as parteiras possuíam um saber específico, que era transmitido através das gerações.

De forma contraditória, a ciência sempre nos remete a um mundo eminentemente masculino, e como a história foi escrita por homens, o papel das mulheres nesse lugar foi subestimado, minimizado e posteriormente obliterado (Miranda, 1991).

As relações de gênero podem ser responsáveis pela permanência ou dificuldade de superação dessas relações desiguais.

Dado o próprio custo de cursar uma faculdade de medicina e a escassez de vagas nas faculdades estaduais e federais, já temos aqui um outro recorte: o econômico. As exigências colocadas pela seleção, tanto nas faculdades privadas, como nas públicas, restringe a clientela, pois exige-se um escore alto nos vestibulares, indicativo de pessoas que estudaram bastante e que tiveram acesso a uma gama maciça de informações.

A pergunta se instala: nosso aluno de ensino fundamental e médio das escolas públicas têm condições de concorrer no mesmo nível de igualdade com aqueles que cursaram bons colégios e também estudaram tal qual os outros?

Não queremos com isso defender a idéia de que somente os abastados podem entrar na medicina, como se aí não permeasse a vontade, a dedicação de cada um. Mas para o aluno de menor poder econômico, há necessidade de um esforço quase hercúleo para a consecução desse objetivo, em razão da pouca facilidade de acesso ao conhecimento.

Outro fator é que, em muitos casos, pode ser um fator disparador de classe, é que, mesmo entrando numa faculdade pública, ficar sem trabalhar durante seis anos, pode ser muito difícil (já que o curso é em período integral).

Já nas universidades privadas, onde o acesso também é difícil, na hora de honrar mensalidades altíssimas, torna-se inviável o curso para uma grande parcela da população brasileira, que o vê como um curso elitista.

A mitificação da profissão médica nos parece ser um dos mais importantes fatores que condiciona as relações interpessoais e interprofissionais em um contexto hospitalar.

O mito é a história da busca do homem pela verdade, de sentido, de significação, através dos tempos. Um mito não é questionado, mas sim reverenciado, justamente por sua condição de se manter inalterado mesmo transitando em diferentes épocas e sociedades.

3.3 A RELAÇÃO ENTRE A MEDICINA E A ENFERMAGEM

É através das relações interpessoais, que se pode verificar a influência das circunstâncias sociais e culturais, historicamente localizadas, sobre o nosso comportamento (Krüger, 1986).

Deduz-se dessa declaração que, ao nos abalancharmos à pesquisa da conduta humana, teremos que admiti-la sob uma grande variação sincrônica (geográfica) e diacrônica (histórica). Isso pode ser um ângulo, enquanto, por outro mais atrelado a juízos de valor, impõe-se o acolhimento e a tolerância em relação a comportamentos que, por algum motivo, nos pareçam extravagantes ou inaceitáveis, mas que, no âmbito do sistema sociocultural em que se realizem, sejam funcionais e significativos.

A percepção é um importante processo psicológico a influir nos relacionamentos humanos. Ela contribui ativamente para o conhecimento que vamos tendo da realidade objetiva. Embora seja baseada nos processos sensoriais, ela se caracteriza por sua natureza subjetiva, pois sobre ela recaem variáveis psicológicas tais como, características de personalidade, valores, crenças, hábitos, estados emocionais, história pessoal.

Os protótipos por nós definidos como crenças generalizadas e assim aplicadas a pessoas, grupos, profissões (por exemplo, espera-se no imaginário coletivo que todo cabeleireiro seja homossexual) conduzem a categorizações particulares, que norteiam nossas possíveis relações interpessoais.

O que orienta nosso trabalho é a busca do entendimento do motivo pelo qual dentro da organização, as relações de poder quase sempre emanam do setor médico, um poder tão institucionalizado, que nem uma realidade objetiva tem força para reordenar as pessoas a fim de trazer modificações em sua maneira de perceber as relações. Assim é comum a relação de subordinação à medicina, em particular, à pessoa dos profissionais médicos.

Devido à complexidade do tema optou-se por realizar previamente entrevistas a fim de se mapear o campo de estudo. Muitas dificuldades foram encontradas, (como foi citado anteriormente) primeiro por uma indisponibilidade dos profissionais, alegando escassez de

tempo e depois, ao ser colocado que seria um trabalho científico, outras resistências emergiram.

Em razão disso as entrevistas foram realizadas em dois momentos; primeiro foi o mapeamento do cenário e condução da pesquisa de forma realista, através de perguntas abertas, possibilitando uma interatividade entre pesquisador e entrevistado (o que pode ser comprovado com o material muito mais rico do que quando da ausência do pesquisador).

Neste primeiro momento, entrevistaram-se três médicos e cinco enfermeiras e constatou-se que o norte da pesquisa traçado pelo pesquisador era viável. Havendo resistências por parte de médicos como também por parte das enfermeiras, ficou óbvia a necessidade de tal material e insistiu-se assim na realização de novas entrevistas.

Para sanar a dificuldade preparamos questionários onde os novos sujeitos da pesquisa respondiam sem ter nenhum contato com o pesquisador. O material colhido nos trouxe alguns questionamentos como: a dificuldade de responder às questões retrata uma ausência de habilidade em falar de sua rotina, talvez por ser estressante ou por não querer os entrevistados entrar em contato com as próprias mazelas.

Segundo, que o parco conteúdo conseguido traz uma questão eminentemente familiar nas escolhas dos médicos (reforçando a idéia do mito do sucesso, glamour do branco) principalmente por quase todos responderem que cresceram ouvindo de seus pais que deveriam ser médicos, como mostra a transcrição da entrevista de V.A.A.J;

...Eu me lembro bem quando eu era criança que minha mãe gostava de falar, eu gostaria que minha filha fosse médica, que trabalhasse com as pessoas, fizesse caridade. Minha mãe falava sempre isso. Ela pegava revistas de médicos famosos e mostrava, aí aquilo foi ficando em minha cabeça e aí com 10/11 anos decidi fazer medicina. O motivo de eu escolher medicina foi esse, não sabia o que vinha pela frente...

Já com as enfermeiras a dificuldade em conseguir quem se dispusesse a falar foi quebrada inicialmente via uma enfermeira conhecida da pesquisadora, a que tornou possível realizar cinco entrevistas (contrastando com apenas três dos médicos), mas também resistências foram detectadas.

Tais relatos trouxeram duas questões de muita importância; primeiro que algumas na época do vestibular colocaram a medicina como primeira opção e a enfermagem como segunda opção e que em seus discursos o conteúdo foi amargo quanto ao exercício da profissão demonstrando uma frustração em ser enfermeira, não pela profissão em si, mas pelo contexto o qual está inserido a enfermagem (fala das entrevistadas).

Durante a coleta do material, percebeu-se que existe um descompasso entre as opiniões sobre as funções e atividades desenvolvidas pelos médicos e pelo corpo da enfermagem. Enquanto os médicos julgam a presença das enfermeiras muitas vezes como só de comando das atendentes de enfermagem, as enfermeiras por sua vez acreditam que os médicos negligenciam suas funções quando não assumem seu papel frente aos pacientes em situações de muito stress (como morte, comunicação de resultados difíceis), ou quando elas (as enfermeiras) simplesmente têm que ir acordá-los em um plantão, o que na sua visão não é seu papel deles e sim dos próprios médicos de estarem disponíveis para os atendimentos.

Na tentativa de confirmar ou não estas opiniões, buscou-se uma forma alternativa de pesquisa quando foram aplicados questionários (como já citados anteriormente), o que para o pesquisador não se configurou como um cenário ideal para a pesquisa, embora também tenham trazido conteúdo importante. Tal material se encontra amplamente discutido no capítulo 4.

A divergência de papéis e de percepções dos papéis que existem entre os médicos e enfermeiras resultam em relações conflituosas onde cada um busca defender a hegemonia do poder outorgado pela profissão, gerando uma relação pouco amistosa e causadora de muito conflito.

Ao se avaliar o corpo clínico de um hospital, na visão tanto das enfermeiras como dos médicos, todas as funções de direção e comando são ocupadas exclusivamente por médicos, enquanto a parte administrativa não possui nenhum médico entre seus colaboradores.

Já na área da enfermagem, dentro do hospital, posições de chefia se restringem à própria enfermagem, não ocupando nenhum poder sobre qualquer profissional ou seção do hospital.

As relações entre os médicos e as enfermeiras constituem, como vimos, pólos de conflito.

O poder é uma realidade presente em todos os âmbitos da vida humana e tem um papel essencial na determinação das formas de ser e de atuar das pessoas e grupos.

O poder pode influir no comportamento de maneira imediata, contribuindo para se desenhar o cenário onde as pessoas atuam, ou de maneira indireta, quando se impõe ao indivíduo uma maneira de perceber esse poder.

Em função disso infere-se que essa ausência de poder da enfermagem no cenário hospitalar contrastando como o poder quase absoluto dos médicos e também com a proximidade e aproximação do material humano, possa também ser um forte gerador de conflito.

Ao se buscar entender em que medida esse histórico reforça esse conflito questionado neste trabalho, faz-se necessário um melhor entendimento de mito, enquanto estruturador de uma sociedade e das relações de seus pares.

CAPÍTULO 4. AS ENTREVISTAS REALIZADAS COM AS ENFERMEIRAS E OS MÉDICOS

Neste capítulo serão analisados as respostas das entrevistas e dos questionários e posteriormente confrontadas com as hipóteses levantadas nesta pesquisa. Serão transcritas em sua íntegra a fim de preservar a originalidade das respostas.

Foram divididas quanto aos médicos e enfermeiras por uma divisão apenas facilitadora da leitura, não obedecendo a nenhuma outra forma avaliativa.

A forma de se avaliar essas entrevistas está alicerçada na análise do discurso manifesto, mas também essas explicitam o que não é dito, porém percebido no âmago das relações e das representações. Tal percepção encontra eco na visão da psicologia clínica, quando há uma leitura do que o analisando²³ fala, através de significados e representações implícitas nesta fala.

Pode-se observar que as três primeiras entrevistas com os médicos assim como as das cinco enfermeiras tiveram uma condução diferente em razão de terem sido realizadas pela pesquisadora, possibilitando um maior aprofundamento. As realizadas posteriormente foram através de questionários previamente entregues aos profissionais, o que limitou a atuação da pesquisadora.

Ambas foram mantidas por conterem material valioso para a construção inicial da pesquisa.

No que se refere às entrevistas abertas, estas foram muito importantes para a criação das hipóteses, enquanto as fechadas foram relevantes para reforçar as hipóteses iniciais ou até confrontá-las. As limitações encontradas nas realizações das entrevistas estão relatadas no capítulo 1; 1.3 em teoria e método.

²³ Refere-se aqui ao indivíduo que vivencia um processo terapêutico com enfoque psicanalítico.

4.1 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS

A fim de situar o leitor quanto à população participante desta pesquisa, algumas informações mostraram-se relevantes tais como:

Idade, especialização, tempo de formado. Isto se tornou relevante ao se perceber que tempo de formado assim como especialidade interferiu nas respostas obtidas.

Para facilitar a percepção do leitor organizamos os dados dos dois grupos.

As amostras são assim constituídas:

IDADE

Profissões Faixas etárias	Enfermeiras	Médicos	Total
25 – 30	07	09	16
31 – 40	04	-	04
41 – 50	03	05	08
Sem Resposta	02	-	02
Total	16	14	30

Cerca de 50% dos nossos entrevistados em ambas profissões estão entre os 25 e os 30 anos, sendo que entre os médicos há nítida prevalência (mais de 60% dos entrevistados) dessa faixa etária.

Nossa escolha foi de cunho totalmente aleatório, pois conforme já explicitamos no capítulo 1 (em 1.3), as entrevistas foram possíveis graças a uma médica que se dispôs a entregar os questionários nos hospitais aos quais possui acesso pelo seu trabalho.

TEMPO DE FORMAÇÃO

Profissão/Tempo de Formação	Enfermeiras	Médicos	Total
01 – 10	11	09	20
11 – 20	03	03	06
21 – 30	01	02	03
Sem Resposta	01	-	01
Total	16	14	30

Também a maioria dos entrevistados que trabalham em hospitais são aqueles que se formaram há pouco tempo. Reflete bem a busca desse mercado de trabalho para jovens profissionais. Claro está que o tempo de “profissional liberal” para médicos já foi superado, ou no mínimo é muito mais difícil, pois exige capital e formação de clientela, talvez por esses fatores se justifique também a busca desse mercado de trabalho.

A fim de ilustrar tal reflexão buscamos a “fala” na entrevista de A. B.T. no que tange ao que a medicina traz, conforme transcrevemos abaixo:

Gratificação pessoal, porém hoje em dia muitas frustrações, porque o mercado de trabalho é cruel e há muitos meus sonhos se tornaram difíceis de ser concretizados. Nossas necessidades financeiras nos fazem trabalhar mais e mais e não há tempo para ter bom relacionamento médico-paciente, em alguns lugares, onde trabalho (medicina de grupo), pois o tempo instituído para consulta é muito curto (10-15 min.) E aí, que prática da medicina ideal eu posso fazer? Tempo para estudar, atualizar é cada vez menor. O médico está estressado, angustiado, sobrecarregado física e psicologicamente, mas ainda temos otimismo para continuar trabalhando. As condições de trabalho são ruins, mas a medicina sempre será bela.

- **ÁREAS DE ATUAÇÃO (DA ENFERMAGEM):**

02 pessoas em administração em saúde (aqui consideramos em comum administração hospitalar)

01 pessoa em saúde pública

02 pessoas com formação básica (enfermagem)

02 pessoas na área de supervisão

03 pessoas em UTI (unidade de terapia intensiva)

01 pessoa em obstetrícia

02 pessoas em pediatria

01 pessoa em administração hospitalar

03 pessoas não responderam

Em termos de especialidades e/ou áreas de atuação, a pulverização dos dados (especialmente no corpo da enfermagem) tornaria mais complicada a apresentação das informações na forma de quadro único, por isso optou-se em apresentar os dados de forma pontual.

- **ÁREA DE ATUAÇÃO (DOS MÉDICOS):**

01 pessoa em ortopedia

02 pessoas em cardiologia
 01 pessoa em pneumonologia
 08 pessoas em pediatria
 02 em neonatologia
 Todos responderam

A grande concentração de médicos na pediatria é devida ao fato da médica que se propôs a entregar os questionários ser da referida especialidade.

4.2 A FALA DOS MÉDICOS NO CONTEXTO HOSPITALAR

- **ESTE FOI O ROTEIRO INICIAL DAS ENTREVISTAS ABERTAS:**

- 1) Porque você escolheu a medicina? Teve alguma influência?
- 2) O que ela traz para você?
- 3) Qual sua relação com os outros pares?
- 4) Você trabalha com outros profissionais da saúde? Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?
- 5) É uma relação difícil (se detectada na anterior)? Como? Desde quando?
- 6) Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?

Entrevistados

Sujeito: J.R.S

Idade: 49 anos

Especialidade: Ortopedia

Tempo de profissão: 20 anos

1. Porque você escolheu a medicina?

R: É uma profissão como qualquer outra, escolhi como todo adolescente escolhe o que vai ser na vida. Escolhi a medicina por ser uma profissão que salva vidas, traz a vida.

Teve algum tipo de influência?

R: Tive, desde pequeno meus pais falavam que quando eu crescesse iria ser médico. O porque deles falarem isso não sei...mas a gente como criança ouvindo os pais falando, isso pesa na decisão. Tive muitas oportunidades, prestei para Advocacia e Arquitetura, que são duas áreas distintas e fabulosas. A medicina é uma profissão bonita como qualquer outra, as pessoas escolhem uma profissão, uns se apegam mais, outros nem continuam; já comigo, ela (a medicina) entrou em mim e hoje estou aí, como médico.

2. *O que ela traz para você?*

R: Tudo! Do dia em que eu me formei, (talvez tenha sido uma das maiores, para não dizer a maior emoção de minha vida) quando me disseram você é médico eu me igualei a tantos outros dos quais a gente tinha uma distância imensa, que eram os professores e que a gente olhava como pessoas importantes, quase intocáveis. Quando me entregaram o diploma, eu me senti na mesma condição, não por ter poder, mas por saber que a partir daquele momento a gente poderia ajudar o próximo, aquelas pessoas principalmente de Pronto-Socorro que vêm procurando auxílio e você poder mostrar seu conhecimento e realmente mostrar que pode ajudar e essas pessoas machucadas serem salvas, isso é uma satisfação muito grande. Isso em qualquer profissão (a ajuda), mas mais a medicina por lidar com seres humanos.

A medicina é como uma droga que entra em sua vida e você não consegue largar....., Esquece até da família, do convívio de amigos, você vive dentro de um hospital, você vive sua vida, mas parece que a medicina se sobrepõe à sua própria identidade.

3. *Qual a sua relação com os outros pares?*

R: Como todas as profissões, nós temos os colegas de trabalho. O médico diferentemente de outros profissionais, trabalha em mais de uma lugar(às vezes ate cinco) e possui muitos colegas, diferente de uma fábrica onde se tem todos os dias as mesmas pessoas e acaba se identificando com um ou dois, e aqueles podem vir a ser grandes amigos. Na medicina, é difícil você ter grandes amizades, você tem concorrentes dentro do próprio hospital, os próprios médicos fecham as portas para os outros médicos que tentem ingressar naquela entidade. Então é difícil, a luta é árdua. É a partir do momento em que os hospitais começaram a ser administrados por não médicos, por por profissionais de outras áreas, o objetivo deles é estritamente financeiro... e foge um pouco de nosso objetivo que é lidar com ser humano, com sofrimento.

Hoje o médico é um fantoche. A medicina perdeu um pouco daquele “Glamour” de que o médico é soberano, tudo pode, tudo faz acontecer hoje não bem assim...O médico hoje é um assalariado, tem uma carga horária estressante, o médico para ter hoje um pouco mais, tem que trabalhar muito, sem contar que se lida com pessoas que não estão alegres (diferentes de outros profissionais) então fica muito difícil viver dentro de um hospital e tentar manter uma harmonia.

4. *Você trabalha com outros profissionais da área da saúde?*

R: Claro, todos que trabalham no hospital são profissionais da saúde.

Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?

R: Se nós, os próprios médicos, não conseguimos ter amigos dentro do hospital, que dirá os outros profissionais ligados a gente, hierarquicamente mais abaixo. O contato é muito difícil, é lógico que há um convívio, os médicos são os mais ligados, pois discute casos, opera-se, prescreve-se juntos.Convivemos muito com os auxiliares de enfermagem, esses trabalham muito, nos auxiliam muito, estão sempre ligados ao médico diretamente.

5. *Qual sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Eu, particularmente gostaria de saber o que acontece dentro da faculdade de enfermagem, alias é uma grande curiosidade... mas o que gostaria de saber é o que os catedráticos, o que eles falam para seus alunos, pois existe um esteriótipo onde todos agem da mesma forma e a enfermeira em si, (não vejo muita utilidade dela dentro de um hospital) não faz nada. Alguns de grandes hospitais em capitais trabalham, diria até de maneira preponderante, isto é, os que trabalham em UTI, hemodiálise, Pronto-Socorro, porque a maioria faz a parte burocrática, eles andam no hospital o dia inteiro, vendo se tem que transferir, se área funciona ou não, apertando os auxiliares e técnicos de enfermagem, estes sim trabalham e muito, pois são os que fazem todo o procedimento seja em um Pronto-Socorro, como no leito. O enfermeiro fica isolado em uma sala, na parte burocrática e enquanto o médico e os auxiliares, técnicos estão suturando, socorrendo, eles estão fazendo escalas, transferências etc, são verdadeiros burocratas.

6. *Essa relação difícil você detectou desde quando?*

R: Na faculdade você não observa isso, pois você está tão encantado com a medicina, que isso nem é observado, não se pensa na função deles. Agora quando você começa a ser responsável em um hospital, você começa a ver que um enfermeiro, até de uma forma grosseira, é uma carta descartável. Se você tirar o enfermeiro de um hospital, o hospital anda da mesma forma.

Sujeito: V.A.A.J.

Idade: 48 anos

Especialidade: Cardiologia

Tempo de profissão: 25 anos

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Eu lembro bem quando eu era criança que minha mãe gostava de falar, eu gostaria que minha filha fosse médica, que fosse trabalhar com as pessoas, fazer caridade, minha mãe falava sempre isso. Ela pegava revistas de médicos famosos e mostrava; aí, aquilo foi ficando em minha cabeça e aí com 10/11 anos aquilo foi indo e ficando na minha cabeça. O motivo foi esse, não sabia o que vinha pela frente....Muitos não conseguem, não estudam, desistem, enfim, uns pensam desde criança e conseguem levar adiante.

Teve algum tipo de influência?

R: Sim a da minha mãe.

2. *O que ela traz para você?*

R: Eu adoro conviver com as pessoas todo dia, todo dia que passo visita no hospital eu me sinto bem, com as pessoas de modo geral. Cada pessoa é um universo único, uma doença, problema diferente, aí você consegue resolver, descobrir e tratar da melhor maneira possível como médica, mas a gente sozinha não resolve, a maioria das coisas precisa de outros profissionais, assistente social, enfermeira, psicóloga, mas, às vezes, a gente tem que fazer esses papéis todos.....

3. Qual a sua relação com os outros pares?

R: É a mais profissional possível: peço exames, prescrevo, vejo o relatório da enfermagem, se tiver algo errado, problema, vejo com quem falar, não fico na enfermagem, não falo muito, acho que se tem algo pra resolver chamo a pessoa e resolve. Acabo meu serviço e vou embora.

4. Você trabalha com outros profissionais da área da saúde?

R: Sim e essa relação é tranqüila, para mim. Sempre que preciso da Assistente social, Nutricionista, Psicóloga, ou de um colega eu solicito uma avaliação e tenho o retorno. Faço o pedido sem gracinhas (existem os que mandam bilhetinhos, brincadeiras, eu não faço nada disso) e aguardo.

Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?

R: Eu acho que é o pessoal da Enfermagem Padrão. Elas também têm as dificuldades delas que não podem resolver, a gente quer ver coisas que não podem ser vistas e que não podem ser feitas ou que não pode ser daquele jeito e a gente fala, mas as coisas não se resolvem. Vai lá com a enfermagem e também não resolve ou põe panos quentes, acaba ficando na mesma, então a gente acaba deixando pra lá, largando a mão.

O pessoal da Enfermagem Padrão deveria ser mais exigente, ter mais personalidade. Eles mesmos, como profissionais, exigem mais daqueles que são subordinados a eles, botar mais moral, eles vêem as coisas que estão erradas e não correm atrás, aí a gente não pode passar e nem ir além deles. Cria-se um impasse, isso não se resolve é sempre assim, sempre.

5. Qual sua relação com o corpo de enfermagem?

R: Dita anteriormente.

6. Essa relação difícil, você detectou desde quando?

R: Desde quando comecei a trabalhar em hospital, na faculdade não percebi, porque a gente era aluno e aluno não faz nada.

Desde o início do primeiro hospital como profissional é sempre assim confusão de médico com enfermeira, sempre até de bate boca, de médico não poder chegar nem perto do serviço delas, de dar opinião nada, tipo: “isso é comigo, o senhor não se meta”, discussões grandes em hospitais também de capitais. Mas isso também aparece em serviço pequeno de

ambulatório dependendo da enfermeira se ela peita mesmo ela manda ver mesmo, e a discussão é grande e a confusão maior.

Sujeito: H.H.B.

Idade: 44 anos

Especialidade: Pneumologia

Tempo de profissão: 23 anos

1. Porque você escolheu a medicina?

R: Desde pequena escolhi esta profissão. Nunca pensei em fazer outra coisa.

Teve algum tipo de influência?

R: Sim a do meu pai.

2. O que ela traz para você?

R: Alegria e tristezas...No balanço geral é compensador demais.

3. Qual a sua relação com os outros pares?

R: Muito boa; me dou bem com todos e mantenho distância necessária daqueles que não tem uma postura ética adequada aos meus padrões.

4. Você trabalha com outros profissionais da área da saúde?

R: Sim.

Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?

R: Não tem um que seja mais difícil; nem mais fácil...,Normalmente me dou melhor com Psicólogos.

5. Qual sua relação com o corpo de enfermagem?

R: Dita anteriormente.

6. Essa relação difícil, você detectou desde quando?

R: Dita anteriormente.

4.2.1 A Fala dos Médicos

ESTE FOI O ROTEIRO DOS QUESTIONÁRIOS:

1. Porque você escolheu a medicina?
2. O que ela traz para você?
3. Qual a sua relação com os outros médicos?
4. Você trabalha com os outros profissionais da saúde? Quais?
5. Dentre esses com quais ou com qual você tem mais dificuldade de se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?
6. Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?
7. Como você percebe o trabalho das enfermeiras?
8. Você conhece piadas sobre médicos e enfermeiras?
9. No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?

Sujeito: C.G.L.

Idade: 27 anos

Especialidade: Pediatria

Tempo de profissão: 2 anos

1. Porque você escolheu a medicina?

R: Por amor à profissão, por querer cuidar do próximo. Pela complexidade da profissão.

2. O que ela traz para você?

R: Satisfação pessoal

3. Qual sua relação com os outros médicos?

R: Boa

4. Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?

R: Enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas.

5. Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?

R: Enfermeiras. Dificuldade em aceitar condutas; má relação médico-enfermeira.

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Boa

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: Descompromissado.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

Só de médicos.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Não respondeu.

Sujeito: M. S. B.

Idade: 45 anos

Especialidade: Pediatria / Neonatologia / Terapia intensiva

Tempo de profissão: 19 anos

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Busca de ideal de onipotência, poder de decisão sobre vida e realização social.

2. *O que ela traz para você?*

R: Realização pessoal.

3. *Qual sua relação com os outros médicos?*

R: Ótima.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, dentistas, fisioterapeutas e enfermeiros.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui, para que isso aconteça?*

R: Não tenho nenhuma.

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Boa

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: Houve uma melhora técnica e de conhecimento científico.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R: Só de médicos.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Não considero, aliás, acredito que no ambiente hospitalar, para que haja sucesso no tratamento do paciente, se faz necessário um trabalho “em equipe” com todos os profissionais, e isto, normalmente ocorre.

Sujeito: F.S.A.

Idade: 27 anos

Especialidade: Pediatria

Tempo de profissão: 2 anos e 2 meses

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Foi a primeira profissão com que tive contato, pois meu pai era médico. Sempre tive interesse em ciências biológicas e sempre fui atraído pela idéia de tratar o ser humano doente.

2. *O que ela traz para você?*

R: Sustento, às vezes sensação de realização e às vezes, frustração.

3. *Qual sua relação com os outros médicos?*

R: Procuo ter amizade, além do meio de trabalho. Às vezes viajamos juntos, etc.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Enfermagem, fisioterapia, funcionários da limpeza, nutricionistas, fonoaudiólogos.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Com a enfermagem, por limitação de material e recursos do serviço, que são administrados ou controlados pela enfermagem.

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Resposta na 5.

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: Acredito que por vezes deve ser gratificante, mas também deve gerar frustração quando eles se vêm de frente com as limitações de recurso do serviço.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?*

R: Só sobre médicos.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: No pronto socorro, pois é o local de entrada de urgências, sendo que muitos casos não são de urgência e às vezes atrasam o atendimento de uma urgência verdadeira. É um local onde se encontram familiares muitas vezes estressados com a doença do familiar e esse estresse pode ser prejudicial no atendimento.

Sujeito: A.B.T.

Idade: 42 anos

Especialidade: Cardiologia

Tempo de profissão: 18 anos

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Porque é uma atividade profissional que exige uma interação com o ser humano e conhecimento científico muito grande além do uso da análise no entendimento do ser humano. A medicina me parecia mágica, curar pessoas, uma tarefa difícil, porém

gratificante. O curso é um grande desafio, mas eu sempre gostei de estudar e me via num futuro, sendo uma pesquisadora que desenvolvia algo de importante para a humanidade.

2. *O que ela traz para você?*

R: Gratificação pessoal, porém hoje em dia muitas frustrações, porque o mercado de trabalho é cruel e, há muito, meus sonhos se tornaram difíceis de ser concretizados. Nossas necessidades financeiras nos fazem trabalhar mais e mais e não há tempo para ter bom relacionamento médico-paciente em alguns lugares em que trabalho (medicina de grupo), pois o tempo instituído para consulta é muito curto (10-15 min.) E aí que prática da medicina ideal eu posso fazer? Tempo para estudar, atualizar é cada vez menor. O médico está estressado, angustiado, sobrecarregado física e psicologicamente, mas ainda temos otimismo para continuar trabalhando. As condições de trabalho são ruins, mas a medicina sempre será bela.

3. *Qual sua relação com os outros médicos?*

R: Muito boa

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Psicólogos, enfermeiras, fisioterapeutas.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Não tenho dificuldades.

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Boa

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: Dedicados, apesar de cada vez mais sobrecarregados.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?*

R: Só de médicos.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Gosto de hospital e de consultório e não acho complicado nenhum ambiente. Ambos podem ser estressantes, dependendo das condições.

Sujeito: C.B.A.

Idade: 27 anos

Especialidade: Pediatria

Tempo de profissão: 1 ano

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Para cuidar das pessoas, servir!

2. *O que ela traz para você?*

R: Satisfação, tranquilidade, porém, no dia a dia, traz também ansiedade.

3. *Qual sua relação com os outros médicos?*

R: Boa, somos profissionais e devemos nos relacionar bem dentro do trabalho.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Psicólogas, fisioterapeutas, enfermeiras, auxiliares, nutricionistas, farmacêuticos, assistente social.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Auxiliares, pois entre estes vemos muita gente que trabalha sem vontade, acho que não tinha opção.

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Trato todos com respeito; solicito os trabalhos como se fossem favores, coisas do tipo: você pode fazer...? Por favor.

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: Não respondeu.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?*

R: Sobre médicos.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Nas enfermarias, onde o médico não fica presente dia e noite, o tempo todo presente. As coisas passam a ser feitas de maneira incorreta, como se não tivesse ninguém para conferir.

Sujeito: P.S.M.

Idade: 27 anos

Especialidade: Neonatologista

Tempo de profissão: 3 anos

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Pela afinidade com a saúde no geral, para ajudar as pessoas. Nunca pensei em status ou dinheiro.

2. *O que ela traz para você?*

R: Satisfação pessoal, às vezes tristezas e desapontamento em relação a morte e ou invalidez.

3. *Qual sua relação com os outros médicos?*

R: Boa. Especificamente nesta área há muita intriga entre os médicos, em relação às diversas condutas em relação a uma determinada doença ou situação, mas respeito as opiniões.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Sim. Fisioterapeuta, enfermeira, auxiliares de enfermagem, nutricionista, fonoaudiólogas e outras especialidades médicas.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Auxiliares de enfermagem. Porque passa a impressão de que trabalham pelo simples fato de fazer “não vendo o paciente como um todo”. Parece que são incapazes de permanecer cinco minutos “a mais” que a passagem de plantão, enquanto os médicos ficam horas além do seu horário.

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: De um modo geral bem.

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: Essencial para um bom funcionamento do serviço, imprescindível para o cuidado ao enfermo.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R: Sim. Sobre médicos mais ainda.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Sim. Por depender multiprofissionalmente , fica complicado quando não há um entendimento entre os profissionais, havendo um desequilíbrio e prejuízo ao paciente.

Sujeito: M.J.M.S

Idade: 26 anos

Especialidade: Pediatria e Neonatologia

Tempo de profissão: 3 anos

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Questão financeira e influência familiar

2. *O que ela traz para você?*

R: Reconhecimento profissional.

3. *Qual sua relação com os outros médicos?*

R: Sem dificuldade

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Fonoaudiólogo e fisioterapeuta

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Nenhum

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Sem problema

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: (Não respondeu)

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?*

R: Sim

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: (Não respondeu)

Sujeito: D.E.C.

Idade: 27 anos

Especialidade: Neonatologia

Tempo de profissão: 3 anos

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Influência familiar

2. *O que ela traz para você?*

R: Satisfação pessoal

3. *Qual sua relação com os outros médicos?*

R: Boa

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Enfermeiras, fisioterapeuta, fonoaudiólogas e auxiliares.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Enfermeiras. Pela insegurança.

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Satisfatória

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: Essencial

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?*

R: Não

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Nenhum

Sujeito: M.S.T.

Idade: 26 anos

Especialidade: Pediatria

Tempo de profissão: 1 ano

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Foi à única coisa com que me identifiquei

2. *O que ela traz para você?*

R: Felicidade, bem estar

3. *Qual sua relação com os outros médicos?*

R: Boa

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Enfermeiros, eles sempre querem ter o mesmo poder que o médico.

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Amigável

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: Essencial

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R: Só sobre médicos.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Berçário, por serem pacientes muito pequenos e graves.

Sujeito: F.G.T.

Idade: 28 anos

Especialidade: Pediatria

Tempo de profissão: 2 anos

1. *Porque você escolheu a medicina?*

R: Porque existe a possibilidade de tomar decisões em pequenos períodos de tempo.

2. *O que ela traz para você ?*

R: Satisfação pessoal

3. *Qual sua relação com os outros médicos?*

R: Uma relação maior de trabalho.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Enfermeiras, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Enfermeiras, pela divergência de atitudes

6. *Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?*

R: Razoável

7. *Como você percebe o trabalho das enfermeiras?*

R: De grande importância

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R:Não

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: No pronto socorro, pelo grande número de pacientes.

Sujeito: A.C.B.N.G.

Idade: 29 anos

Especialidade: Pediatria

Tempo de profissão: 1 ano

1. Porque você escolheu a medicina?

R: Porque é um meio de ajudar

2. O que ela traz para você?

R: Satisfação

3. Qual sua relação com os outros médicos?

R: Variável (de admiração a repulsa)

4. Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?

R: Sim. Enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas.

5. Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?

R: Enfermagem. Não sei.

6. Como se dá sua relação com o corpo de enfermagem?

R: Na maioria das vezes amigável.

7. Como você percebe o trabalho das enfermeiras?

R: Na maioria, eficiente

8. Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?

R: Não sou de piadas.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: UTI. Porque é um ambiente estressante.

4.3 A FALA DAS ENFERMEIRAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

ESTE FOI O ROTEIRO DAS ENTREVISTAS ABERTAS.

1. Porque você escolheu a Enfermagem? Teve alguma influência?
2. O que ela traz para você?
3. Qual é sua relação com os outros pares?
4. Você trabalha com outros profissionais da saúde? Desses qual o mais difícil? E o mais fácil?
5. Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?
6. Essa relação difícil, você detectou desde quando?

Sujeito: A.B.P.S.M.

Idade: 38 anos

Especialidade: Administração em Saúde

Tempo de profissão: 13 anos

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Queria cuidar, estar próxima do ser humano.

2. *O que ela traz para você?*

R: Satisfação profissional e pessoal

3. *Qual a sua relação com os outros pares?*

R: De um modo geral é boa.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde?*

R: Sim, médicos, psicólogos, assistentes sociais e dentistas.

Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?

R: Tranqüilamente. Dificuldade com médicos em especial cirurgiões e clínicos. Relacionamento muito bom com pediatras, tanto a nível hospitalar, como ambulatorial.

6. *Essa relação difícil, você detectou desde quando?*

R: Na época da supervisão em hospitais. Houve menos problemas no ambulatório

Sujeito: R.M.F.

Idade: 46 anos

Especialidade: Enfermeira em Saúde Pública

Tempo de profissão: 22 anos

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Queria estar próxima do meu namorado e pelas opções entre medicina, enfermagem e odontologia

2. *O que ela traz para você?*

R: Frustração

3. *Qual a sua relação com os outros pares?*

R: Relação de coleguismo, mas com dificuldades e desconfiança.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde?*

R: Sim, médicos, psicólogos e dentistas.

Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?

R: Em geral tudo bem. A mais difícil é com médicos, pois sempre querem ser os donos da verdade. Na capital (São Paulo) era mais fácil, a classe era mais respeitada.

6. *Essa relação difícil, você detectou desde quando?*

R: Sempre foi assim, mas agora está melhorando.

Sujeito: L.V.R.P.

Idade: 31 anos

Especialidade: Enfermeira

Tempo de profissão: 06 anos

1. Porque você escolheu a enfermagem?

R: Por não ter passado em medicina.

2. O que ela traz para você?

R: Preocupação, pouca satisfação financeira e um pouco mais de satisfação pessoal

3. Qual a sua relação com os outros pares?

R: Dificuldades de lidar com as outras enfermeiras, muita desunião.

4. Você trabalha com outros profissionais da saúde?

R: Sim, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e dentistas.

Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?

R: Relacionamento bom. Dificuldade com médicos devido a problemas administrativos, mas ocorre o diálogo, sendo tudo resolvido.

6. Essa relação difícil, você detectou desde quando?

R: Em minha experiência hospitalar nunca houve esse problema, sendo que veio a ocorrer no ambulatório (onde era chefe na unidade de saúde).

Sujeito: A.T.B.

Idade: 27 anos

Especialidade: Supervisão

Tempo de profissão: 3 anos

1. Porque você escolheu a Enfermagem ?

R: Desde pequeno eu queria ser médico, fazer medicina. Tentei durante 02 anos vestibular para medicina e não passei. Por eu não morar em Guará e ter uma mãe doente, que residia nessa cidade, eu vim morar aqui para ficar mais perto dela e aí conheci uma pessoa da área de Enfermagem que fazia curso de auxiliar de Enfermagem no SENAC.

Então em conversas com essa pessoa, que começou a me contar sobre o curso, o que tinha, as matérias, o que as pessoas faziam, porque eu não tinha conhecimento nenhum dessa área. Através dessas conversas, começou a despertar meu interesse de saber como era; aí comecei a procurar, fui ao SENAC, vi as matérias o que tinha, me informei e em uma dessas conversas com um amigo me matriculei em um curso de auxiliar de Enfermagem.

Ao começar, meu interesse foi total por esse curso que não conhecia. No final do 1º estágio fiz uma prova no hospital e passei e já comecei a trabalhar e a gostar mais ainda do curso e da enfermagem. No final do ano prestei vestibular e passei, tendo que abandonar o curso, pois trabalhava à noite e estudava de manhã.

A partir de então percebi que era aquilo que realmente eu queria e se eu tivesse entrado na faculdade nesses dois anos talvez não estivesse preparado para aquilo que eu queria, pois não havia um conhecimento dessa área de minha parte; então eu, quando comecei a cursar a faculdade vi que era aquilo mesmo .

Cuidei de minha mãe inclusive no hospital onde trabalhava e no segundo ano de faculdade ela faleceu e fui para outro hospital (atual) para a UTI, onde estou até hoje e também trabalho em três instituições, onde leciono nos cursos técnicos.

Tenho meu tempo bem ocupado, é uma área cansativa, porém dentro do que faço eu gosto demais.

O que levou você a ter esse desejo inicial de fazer medicina?

R: Desde pequeno eu sempre tive isso na cabeça, eu queria ser médico, não sei, acredito que são coisas que quando a gente é criança a gente já vem com isso na cabeça. Eu lembro que minha mãe quando eu era menor me deu uma coleção de livros médicos (estava no 2 grau).Então eu queria isso, aí quando não passei no vestibular, fui para a enfermagem.

Tenho uma amiga em uma situação parecida e também foi para enfermagem e ela, tal como eu não, troca enfermagem por medicina por nada. Algumas pessoas, que entram na Enfermagem, elas realmente continuam porque gostam.

2. *O que ela traz pra você?*

R. Felicidade, realização pessoal e profissional .É gostar daquilo que se faz. Nela ninguém fica rico, é uma profissão que não é valorizada como a médica. Tem-se que gostar muito.As pessoas que trabalham não são frias, têm uma visão mais analítica e menos emotiva. É uma profissão escolhida por Deus, meio destino mesmo.

3. *Qual a sua relação com os outras enfermeiras?*

R: O relacionamento não é fácil. Cada pessoa tem um jeito de pensar, agir. Eu sou uma pessoa que, como supervisor do hospital (o supervisor é o cartão de visita do hospital), tem que mediar todas as situações. Eu procuro ser o mais cortês possível , trato todos com muita educação. No geral eu me dou bem, existem os que têm atritos, o que causa um certo distanciamento de você, mas no final é bom, pois conheço todos do hospital.

4. *Você trabalha com outros profissionais de saúde?*

R. sim

Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?

R: A área de maior atrito é a área médica. Alguns médicos se colocam como superiores a todos, então eles tratam as pessoas com diferença, não é por aí, somos todos iguais. Ela é a mais difícil em virtude disso, alguns se julgam todos poderosos, donos de hospital, superiores a outros colegas médicos também.

Meu cargo de supervisão é de muita responsabilidade principalmente porque, à noite, o hospital fica a mercê do supervisor. Então é ele que se responsabiliza por paciente, funcionário, família, médicos etc. Temos autonomia para decidir sobre tudo. Temos normas, precisamos resolver os problemas: médico que não gosta de atender à noite, que demora a atender, que atende mal..... tem que falar com muito jeito.

Quando há falecimento, nós que fazemos o trabalho interpessoal e acabamos resolvendo coisas que não são nossas, tem muito médico que fica para trás e temos que resolver. O médico tem uma coisa assim de “tal sossego” que, se pudéssemos fazer tudo por eles, estaria ótimo para eles. A gente faz coisas que não caberiam á nós.

6. *Essa relação difícil, você detectou desde quando?*

R Acredito que desde a época da faculdade. A relação com os médicos é sempre muito difícil.

Sujeito: R.P.V.D.S.

Idade: 25 anos

Especialidade: UTI

Tempo de profissão: 04 anos

1. *Porque você escolheu a Enfermagem ?*

R: Sempre gostei muito da área de Biociência, gostava muito de biologia e quando optei, tive dúvida entre biologia e enfermagem. Acabei por optar por enfermagem, por ser um campo mais aberto, com mais opções no mercado de trabalho. Quando optei por enfermagem, todos estranharam, pois fui o primeiro da família a optar pela saúde.

Até o primeiro ano estava em fase de conhecimento da própria enfermagem, por não ter feito curso anterior.

A partir do segundo ano vi a realidade; era com a enfermagem que me identificava.

Teve alguma influência?

R. Não

2. *O que ela traz para você?*

R: Comecei a trabalhar no segundo ano e vi a enfermagem de outra maneira. Antes eu tinha uma visão mais técnica, não tinha visão humana. Quando comecei a trabalhar, vi que não era só aquilo, aprendi a lidar com o paciente em si, era uma coisa mais humana. Aprendi muita coisa, não só profissional, comecei a me abrir com as pessoas, entender mais os sentimentos e não só a doença.

3. *Qual sua relação com os outros pares?*

R: Nunca tive problemas com ninguém. Acho que em alguns pontos, a área da saúde mudou, muita coisa mudou de forma rápida, a gente tenta acompanhar essas.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde?*

R. Sim. Lidar com a dor do paciente, por mais que você lide, a dor, às vezes nem é física, é emocional, pois eles acabam se afastando de tudo, da família principalmente e o contato deles passa a ser com a gente. O que mais pega pra mim é o problema emocional não só do paciente, mas como da equipe também. A gente se vincula, por mais que se tenha cuidado não dá para não criar vínculos.

Desses, qual o mais difícil? E o mais fácil?

R: Quando temos menos pressão, mais à vontade você trabalha, o serviço sai melhor. É claro se há o erro deve ser conversado. Sou encarregado do setor, dou total liberdade nas decisões, apoio e dou autonomia. Tenho total autonomia: o que não cabe a mim, passo à pessoa determinada. Mas também não cobro de maneira crítica. Sinto-me bem, sem cobrança. Minha dificuldade é da parte médica de querer abrir mão de alguma coisa ou não ou ainda de estar ouvindo outro profissional ou até mesmo um colega, de estar aceitando opiniões, de estar abrindo a cabeça para ver as outras coisas também. Acho que é da parte médica mesmo. Não são todos, mas acaba afetando o paciente e o serviço também.

6. *Essa relação difícil, você detectou desde quando?*

R: Não sei dizer!!! Gira em torno da política. A família no mesmo meio, não que está errado, mas cria-se cargo para beneficiar parente.

O poder se concentra com os administradores, nós enfermeiras somos peças substituíveis, é mais fácil trocar, conseguir uma enfermeira do que, por exemplo, um médico, um biomédico é mais fácil substituir a enfermagem do que a parte médica.

4.3.1 A FALA DAS ENFERMEIRAS

ESTE FOI O ROTEIRO DOS QUESTIONÁRIOS:

1. Porque você escolheu a enfermagem?
2. O que ela traz para você?
3. Qual a sua relação com as outras enfermeiras?
4. Você trabalha com os outros profissionais da saúde? Quais?
5. Dentre esses com quais ou com qual você tem mais dificuldade de se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?
6. Como se dá sua relação com os médicos?
7. Como você percebe o trabalho dos médicos?
8. Você conhece piadas sobre médicos e enfermeiras?
9. No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?

Sujeito: C.G.S.

Idade: 34 anos

Especialidade: UTI adulto e administração

Tempo de profissão: 14 anos

1. Porque você escolheu a enfermagem?

R: No início da carreira, eu não tinha muita certeza que carreira ou profissão que queria seguir. Entrei na área meio por incentivo de minha cunhada, hoje amo o que faço!!! Graças à Deus.

2. O que ela traz para você?

R: Realização profissional, humana e financeira.

3. Qual sua relação com as outras enfermeiras?

R: Tenho uma boa relação profissional e humana com meus colegas.

4. Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?

R: Sim. Médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, biomédicos.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Fisioterapeuta. Por ser uma área por assim dizer “nova”, vem ganhando muito espaço e tomando certas condutas que condiz com o profissional, porém sempre toma a frente em certas condutas, que cabem somente à enfermagem.

6. *Como se dá sua relação com os médicos?*

R: Na verdade com alguns médicos, temos que ter bom jogo de cintura, remediar muitas situações e até mesmo “engolir alguns sapos”, para não gerar grandes conflitos. Já existem médicos que são umas maravilhas para trabalhar.

7. *Como você percebe o trabalho dos médicos?*

R: Existem médicos que são ótimos profissionais que trabalham junto com a equipe, sempre em busca de um efeito satisfatório e rápida recuperação e alta do paciente.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R: sim

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Como eu trabalho em berçário, nossa dificuldade maior com certeza é saber das dores e necessidades de nossos pequenos clientes.

Sujeito: O.J.C.

Idade: 35 anos

Especialidade: UTI

Tempo de profissão: 4 anos

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Por ser uma profissão relacionada ao cuidar.

2. *O que ela traz para você?*

R: Motivação

3. *Qual sua relação com as outras enfermeiras?*

R: Boa

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Sim. Médicos, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e assistente social.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Não tenho dificuldade de relacionamento com a equipe

6. *Como se dá sua relação com os médicos?*

R: Ótima

7. *Como você percebe o trabalho dos médicos?*

R: Um trabalho fundamental

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?*

R: Sim. Várias.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Clínica médica e cirúrgica, pela rotatividade de clientes.

Sujeito: A.M.B.

Idade: 45 anos

Especialidade: Obstetriz, Administração Hospitalar

Tempo de profissão: 17 anos

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Ter acreditado um dia que a cura está dentro de nós.

2. *O que ela traz para você?*

R: Conhecimento, vínculo com parte no que diz respeito ao cuidar e ser cuidado. Desafios na linha de pesquisa.

3. *Qual sua relação com as outras enfermeiras?*

R: Boa

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Sim, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, médicos.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Com médicos. A falta de confiança que a enfermagem não passa a eles. No dia em que a enfermagem acreditar que ela é capaz, o relacionamento será de confiabilidade total.

6. *Como se dá sua relação com os médicos?*

R: Muito boa.

7. *Como você percebe o trabalho dos médicos?*

R: Através do envolvimento, da interação entre equipe médica e enfermagem.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?*

R: Sim.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Setores fechados como UTI, berçário devido ao stress emocional.

Sujeito: C.A.

Idade: Não respondeu

Especialidade: Não respondeu

Tempo de profissão: 10 anos

1. Porque você escolheu a enfermagem?

R: Eu precisava aprender A cuidar da vida, valorizando a cidadania, o ser humano.

2. O que ela traz para você?

R: Aprendizado A cada dia.

3. Qual sua relação com os outras enfermeiras?

R: Boa

4. Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?

R: Todos

5. Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?

R: Ortopedista, devido a localização de assistência.

6. Como se dá sua relação com os médicos?

R: Com tranquilidade e diálogo

7. Como você percebe o trabalho dos médicos ?

R: Cada vez mais distanciado do cliente.

8. Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?

R: Não.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Não há local mais ou menos difícil. Todos têm suas particularidades. Com dedicação e bom relacionamento se consegue um bom ambiente de trabalho.

Sujeito: N.F.

Idade: não respondeu

Especialidade: não respondeu

Tempo de profissão: 10 anos

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Sempre gostei. Quando criança comecei a querer enfermagem.

2. *O que ela traz para você?*

R: Satisfação.

3. *Qual sua relação com as outras enfermeiras?*

R: Boa.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Sim. Psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Não respondeu

6. *Como se dá sua relação com os médicos?*

R: Boa.

7. *Como você percebe o trabalho dos médicos?*

R: Em equipe.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R: Não.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Pronto socorro; devido à rotatividade e cada um quer ser atendido primeiro.

Sujeito: M.C.S.

Idade: 41 anos

Especialidade: UTI Neonatal

Tempo de profissão: não respondeu

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Porque adoro cuidar e por realização profissional.

2. *O que ela traz para você?*

R: Satisfação, realização, conhecimento científico.

3. *Qual sua relação com as outras enfermeiras?*

R: Boa

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Sim. Médicos, fisioterapeutas, nutricionista, auxiliares, técnicos etc.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Nenhum.

6. *Como se dá sua relação com os médicos?*

R: Boa profissionalmente.

7. *Como você percebe o trabalho dos médicos?*

R: Variados. Excelentes para alguns, bom para outros.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R: Sim mas acho que não tem nada a ver.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Geriatria. Saber que o idoso viveu, batalhou, lutou pela vida e no fim, sempre acaba sendo abandonado pelos familiares e amigos. Não me sinto bem com essa situação.

Sujeito: A.C.D.B.

Idade: 25 anos

Especialidade: Pediatria

Tempo de profissão: 11 meses

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Escolhi porque sempre gostei do cuidar, da satisfação de ajudar o próximo em relação à saúde.

2. *O que ela traz para você ?*

R: Traz o conhecimento científico, o relacionamento enfermeiro-paciente e a satisfação de estar em constante aprendizado.

3. *Qual sua relação com as outras enfermeiras?*

R: Ótima.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Sim. Médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista e fonoaudióloga.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Nenhum

6. *Como se dá sua relação com os médicos?*

R: Boa

7. *Como você percebe o trabalho dos médicos?*

R: Bom

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?*

R: Não

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Considero mais complicada o centro cirúrgico, por ter prioridade no serviço administrativo.

Sujeito: E.V.C.M.

Idade: 26 anos

Especialidade: Pediatria

Tempo de profissão: 4 anos

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Profissão idealizada desde criança, sempre gostei de cuidar do próximo.

2. *O que ela traz para você?*

R: Prazer, felicidade e conhecimento.

3. *Qual sua relação com as outras enfermeiras?*

R: Boa.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogos, terapeuta ocupacional.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Nenhum

6. *Como se dá sua relação com os médicos?*

R: Boa

7. *Como você percebe o trabalho dos médicos ?*

R: Bom

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R: Não

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Nenhuma, todas têm seus pontos positivos e negativos.

Sujeito: D.M.B.

Idade: 26 anos

Especialidade: Não respondeu

Tempo de profissão: 3 anos e meio

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Para cuidar das pessoas com base em conhecimento teórico - prático, prestando um cuidado individualizado e humanizado.

2. *O que ela traz para você?*

R: Ter realizado enfermagem ajuda a me completar como ser humano.

3. *Qual sua relação com as outras enfermeiras?*

R: Trabalho em equipe e procuro dividir os meus conhecimento com os meus colegas, visando a melhor assistência de enfermagem, tenho como objetivo sempre a melhor assistência e recuperação do paciente.

4. Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?

R: Sim. Fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos e nutricionistas.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: O médico é o mais difícil. A falta de comunicação, isto contribui para não ser realizado um trabalho em equipe, prejudicando a assistência ao paciente.

6. *Como se dá sua relação com os médicos?*

R: Procuo trabalhar em equipe, saber qual o objetivo tratamento, para não realizar os cuidados de forma mecânica.

7. *Como você percebe o trabalho dos médicos?*

R: Essencial para recuperação da saúde do paciente, desde que seja completo com a assistência de enfermagem. Muitas vezes o trabalho do médico é “essencial”, mecânico, e não sabem individualizar o cuidado.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R: Sei que existe, porém desconheço.

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: Nas unidades de internações, pois os médicos muitas vezes prescrevem e não há discussão com a equipe de enfermagem o que se tem como objetivo para o paciente.

Sujeito: Não respondeu

Idade: 29 anos

Especialidade: Não tenho

Tempo de profissão: 03 anos

1. *Porque você escolheu a enfermagem?*

R: Sempre me identifiquei com a profissão e adoro poder ajudar o próximo.

2. *O que ela traz para você?*

R: Me sinto gratificada quando consigo ver a melhora e que pude fazer algo para contribuir

3. *Qual sua relação com as outras enfermeiras?*

R: Boa, porem não gosto de algumas posturas adotadas.

4. *Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?*

R: Sim. Nutricionistas, médicos, auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas.

5. *Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?*

R: Nutricionistas e fisioterapeutas.

6. *Como se dá sua relação com os médicos?*

R: Boa.

7. *Como você percebe o trabalho dos médicos ?*

R: Quanto aos pediatras acho que a maioria são ótimos e atenciosos, os clínicos não fazem de sua profissão uma profissão e sim um serviço “trabalho” sem vinculo algum.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras ? E médicos?*

R: Não

9. *No ambiente hospitalar, onde você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: O pronto socorro, porque você se encontra com várias opiniões diferentes.

Sujeito: M.R.A.P.

Idade: 28 anos

Especialidade: Administração hospitalar, UTI neonatal em andamento

Tempo de profissão: 2 anos e meio

1. Porque você escolheu a enfermagem?

R: Por interessar-me em obter mais conhecimento a respeito do cuidar e de doenças que a cada dia surgem. Procurei uma profissão que realizasse esta busca e ao passar dos anos, após ingressar, notei a opção correta.

2. O que ela traz para você?

R: Sinto-me feliz e realizada, apesar de algumas dificuldades que surgem; mas não me vejo em outra.

3. Qual sua relação com as outras enfermeiras?

R: Satisfatória, é necessário sermos unidos, pois isso se torna fundamental para nosso bom desempenho em equipe.

4. Você trabalha com outros profissionais da saúde? Quais?

R: Sim, auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas e nutricionistas.

5. Dentre esses, com quais ou com qual você tem mais dificuldade em se relacionar? A que você atribui para que isso aconteça?

R: Fisioterapeutas; pelo fato de muitas vezes agirem em procedimentos que não lhes competem. Infelizmente parecem que querem ganhar seu espaço sem trabalhar em equipe.

6. Como se dá sua relação com os médicos?

R: Às vezes, difícil pelo fato de alguns não darem tanta importância às nossas observações; porém existem os outros que a seu modo valorizam o nosso trabalho, o que acaba nos deixando muito felizes.

7. Como você percebe o trabalho dos médicos?

R: No decorrer dos plantões percebe-se através da segurança que alguns transmitem ao lidar com casos complicados, não deixando toda a equipe estressada e amedrontada, pois transmitem certeza sobre o que deve ser feito e tudo termina bem.

8. *Você conhece piadas sobre enfermeiras? E médicos?*

R: Sim.

9. *No ambiente hospitalar, qual você considera ser uma área difícil de se trabalhar (ou mais complicada). Por quê?*

R: As UTIs e principalmente a neonatal, pois é um setor onde ficam recém nascidos extremamente graves que exigem atenção contínua de todos os profissionais e todos devem estar em diálogos constantes sobre as mudanças que ocorrem, para se obter o bem estar destes pequenos seres.

4.4. AVALIAÇÕES DOS RESULTADOS OBTIDOS

4.4.1 As Respostas dos Médicos

Na questão referente à escolha da medicina, os pontos relevantes são agora apresentados e pensamos nas respostas como não exclusivas, pois a mesma entrevista pode aparecer mais de uma vez.

Ideal altruísta 3
 Desejo latente²⁴ de onipotência (leia-se também poder) 6
 Influência familiar 6
 Ideal 3
 Visão grandiosa da profissão 4
 Identificação 1

Nesta pergunta, ficou evidenciado que a maioria dos entrevistados alicerçou sua escolha em função da influência familiar e da visão grandiosa e poderosa que se construiu da medicina.

Fica aqui evidenciado quanto poder as representações (de glamour inclusive) exercem sobre a vida das pessoas e de uma sociedade, visto que muitos optaram pela medicina por seus pais acharem uma excelente escolha assim como pela visão de grandiosidade, reforçando nosso questionamento sobre o “glamour” que a medicina sempre teve (mesmo que a saúde no Brasil não esteja remunerando e nem apresentando um cenário de excelência para atuação profissional nos hospitais em geral).

²⁴ Presença de elementos psíquicos esquecidos na esfera subliminar da consciência, donde podem ressurgir.

Outro fator que emerge é o do poder como manifestação de onipotência, supremacia, intrínseca sobre outras profissões (... poder curar, salvar vidas..., ter status.).

Na questão referente ao que a Medicina “traz pra você” os pontos relevantes foram:

Identidade 1
 Ideal 1
 Desejo implícito de poder 2
 Carga excessiva de trabalho 1
 Alegria e tristezas 5
 Realização 3
 Status 1
 Satisfação 3

Nestas respostas o que se pode concluir é que, para uma grande maioria, o exercício da medicina traz frustrações e algumas alegrias, ao lado da realização e satisfação pessoal. O que se pode perceber nestas respostas é uma oscilação entre prazer e desprazer, que se pode imaginar que acontece quando o exercício maior, que é o de salvar vidas, não atinge sua plenitude. Associado ao espaço hospitalar em si – há circulação de pacientes, não um acompanhamento, por exemplo. O que percebemos nas respostas também é um distanciamento no papel de salvar, embora tão implícito na profissão em questão.

Na questão referente à relação com os pares os pontos relevantes foram:

Dificuldade interpessoal 1
 Estritamente profissional 4
 Necessidade de manter-se distante 4
 Bom relacionamento 6

Nestas respostas o que se pode constatar é que as relações entre o corpo clínico de um hospital são apontadas como boas, embora apareçam muitos indícios de dificuldade de relacionamento, revelando assim uma tendência de mau entendimento entre eles. Não foi detectado nenhum dado relevante quanto a relações restritas ao âmbito pessoal, talvez pela inexistência de relações desse tipo, graças à divisão de áreas e não compartilhamento de espaços comuns.

Por outro lado, há quase sempre uma concorrência velada, que pode ser exemplificada nas falas, por exemplo, a de J.R.S:

(...) Na medicina é difícil você ter grandes amizades, você tem concorrentes dentro do próprio hospital, os próprios médicos fecham as portas para os próprios médicos que tentem ingressar naquela entidade, então é difícil. A luta é árdua, é a partir do momento em que os hospitais começaram a ser administrados por não médicos, por profissionais de outras áreas, o objetivo deles é estritamente financeiro... e foge um pouco de nosso objetivo que é lidar com o ser humano, com sofrimento(...).

E a de P.S.M.:

(...). Especificamente nesta área há muita intriga entre os médicos, em relação às diversas condutas em relação a uma determinada doença ou situação, mas respeito as opiniões.

Na questão referente ao trabalho interdisciplinar todos responderam que trabalham com outros profissionais, reconhecendo assim essa dinâmica no contexto hospitalar.

Entretanto alguns profissionais são vistos ausentes deste contexto, aparecendo como descartáveis em algumas falas, como se pode ver nas respostas de P.S.M;

(...) Por depender multiprofissionalmente, fica complicado quando não há um entendimento entre os profissionais, havendo um desequilíbrio e prejuízo ao paciente.

Na questão referente à relação com o corpo de enfermagem os pontos relevantes foram:

Visão da enfermagem como distanciada de seu objetivo maior: cuidar 1
 O corpo de enfermagem não tem atitude frente ao trabalho 8
 Uma boa relação 3
 Má relação médico-enfermeiro 7
 Relação satisfatória 3
 Dificuldade de relacionamento (como pode ter poder igual ao do médico?) 1

Nestas respostas muitos pontos importantes podem ser levantados como, por exemplo, a visão dos médicos quanto ao trabalho do corpo de enfermagem como sendo descompromissado e em alguns casos citados como fator desencadeante de mau relacionamento. Outro ponto importante é como os médicos “percebem o trabalho” da enfermeira, em que apontam “falta de atitude” dessas profissionais. Aqui podemos inferir, com muito cuidado, a possibilidade de os próprios médicos acharem que eles deveriam ocupar melhor seus espaços.

Na questão referente ao conhecimento de anedotas, pode-se observar que :

Sim, só de médicos 6
 Sim, de médicos e enfermeiras 1
 Desconhece 3

A utilização dessa pergunta na pesquisa tem como objetivo focar o mundo das representações, onde o imaginário coletivo é refletido em forma de sarcasmo, sarcasmo este que se reflete no cotidiano dito de forma mascarada, mas expressando uma fala socialmente construída.

Atentar para o que os médicos só dizem conhecer, em sua maioria piadas relacionadas à sua própria classe.

Entretanto, como mostramos em nossa introdução, há anedotas extremamente grosseiras a respeito de enfermeiras no hospital, que envolvem representações negativas. É curioso que ninguém (salvo um) queira admitir que conheça sobre o outro comportamento, só sobre o próprio.

É interessante notar que o anedotário relacionado aos médicos tem um apelo de ganância por dinheiro e de cunho sexual em relação aos pacientes (fonte: jornais de circulação regionais).

São, portanto, diferentes daquelas lembradas de início que mostram relações de poder de homens sobre mulheres como podem ser as piadas sobre pacientes.

Na questão referente à área mais difícil de se trabalhar no contexto hospitalar os pontos relevantes foram:

Transita bem em todas as áreas 1
 Pronto socorro 2
 Nas enfermarias 1
 Área hospitalar por si só 1
 Nenhuma 1
 Berçário 1
 UTI 1
 Não respondeu 2

Importante perceber que nas respostas obtidas não houve uma consistência significativa, mas se percebem conteúdos intrinsecamente relacionadas à relação médico-enfermagem citada como difícil anteriormente, quando a escolha da área mais difícil está relacionada ao pronto socorro. De uma forma velada demonstra uma visão crítica ao atendimento da enfermagem, pois é ela que “recebe” o paciente. Isto também irá aparecer de uma outra forma como quando a eleição da área se dá na enfermaria que é o local onde a enfermagem atua. Por exemplo quando o entrevistado C.B.A relata:

Nas enfermarias, onde o médico não fica presente dia e noite, o tempo todo presente, as coisas passam a ser feitas de maneira incorreta, como se não tivesse ninguém para conferir.

4.4.2 As Respostas das Enfermeiras

Na questão referente à escolha da enfermagem os pontos relevantes foram:

Necessidade de cuidar 9
 Opção de cunho afetivo 1
 Por não ter passado em medicina 2
 Através de contato com a área 2
 Identificação com a área 5
 Influência familiar 1
 Realização profissional 1

Nestas respostas obtidas, aparece nitidamente (em sua maioria) que a escolha da enfermagem é alicerçada no desejo de cuidar e na identificação positiva com a profissão. Percebe-se aí o quão necessária é a manutenção das enfermeiras no binômio saúde – doença, do ponto de vista deste profissional.

Entretanto, na prática, há uma tendência ao distanciamento do cuidar do paciente; há preferência por especializações de cunho administrativo, por exemplo, ao avaliar as áreas de atuação dos entrevistados, confirmando essa “tendência” .

Na questão referente ao que a enfermagem traz, os pontos relevantes foram:

Satisfação 8
 Frustração 2
 Falta realização profissional 1
 Realização 7
 Falta valorização profissional 1
 Motivação 1
 Aprendizado 4

Importante perceber a consistência das respostas entre as entrevistadas quanto ao que ela traz, somado a uma escolha feliz (como se pode perceber na questão anterior), no sentido de ter-se um desejo no caso de cuidar e o exercício da profissão possibilitar a vivência desse desejo.

Pode-se também inferir, que a satisfação está alicerçada também na realização.

Na questão referente à relação com seus pares os pontos importantes foram:

Bom 10
Ruim 2
Difícil 1
Ótima 1
Boas com ressalvas 1
Satisfatórias 1

Podemos perceber que as entrevistadas demonstram uma boa convivência interpessoal. Não foi detectado um alto índice de rejeição entre elas, embora tal resultado não tenha se situado próximo do ótimo.

Na questão referente ao trabalho interdisciplinar, muitas disseram que trabalham com outros profissionais, reconhecendo assim essa dinâmica no contexto hospitalar.

Algumas apontaram para dificuldades com outros profissionais da saúde por estes estarem adentrando no campo de condutas da enfermagem, neste caso especificamente, os fisioterapeutas e nutricionistas,

Na questão referente à relação com o corpo médico, os pontos relevantes foram:

Dificuldade de relacionamento 10
Ótima 1
Boa no relacionamento profissional 2
Boa 4

Apontamos aqui para uma dificuldade de relacionamento acentuada, já que, em falas isoladas, aparecem traços acentuados de insatisfação na relação, em função de condutas relevantes de poder sobre o corpo de enfermagem, por parte do corpo médico.

Outro aspecto relevante é que quando esta relação se mostra boa, fica restrita ao campo profissional, pois mesmo ao citar como boas, às vezes aparecem falas como; “depende do médico, só se for de tal especialidade, alguns não valorizam o trabalho deles”.

Na questão sobre o conhecimento de anedotas pode-se notar que:

Sim de ambos 4
 Não 5
 Sim, mas não acho adequado 1
 Sim, mas desconheço 1

Como foi explicado anteriormente, optou-se por propor a questão por ser um campo repleto de representações sociais e também por nelas se expressarem, de forma jocosa, aspectos do cotidiano que possam incomodar, humilhar, porém, de forma velada.

Nestas respostas, o que chama a nossa atenção é o fato de ser tão comum ter-se anedotas de profissões correlatas e, neste caso, muitos disseram não conhecer e quando conheciam não lhe eram simpáticas as anedotas ou desconheciam o conteúdo dessas.

Na questão referente a existir uma área dentro do contexto hospitalar, onde o trabalho é difícil ou mais complicado, os pontos relevantes foram:

Berçário 2
 Clínica médica 1
 UTI 2
 Não identificada 2
 Pronto socorro 2
 Geriatria (por questões do abandono familiar)1
 Centro cirúrgico 1
 Nas unidades de internação (pois não há diálogo com os médicos) 1
 Parte dos médicos 3
 Administrativa 1

O que podemos perceber é que não houve a eleição de nenhuma área especificamente, mas, nas entrelinhas, pode-se notar que no local onde a presença do médico é muito grande, têm-se uma área mais nevrálgica. Observamos ainda que uma área, onde a presença da enfermeira é de maior relevância – a enfermaria – não foi eleita como de dificuldade.

Isto configura novamente nossa questão de conflito na relação.

4.5 CONCLUSÕES OBTIDAS PELA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS MÉDICOS E ENFERMEIRAS

Os resultados obtidos nas entrevistas com os médicos apontam para uma tendência na escolha, em função da influência familiar. Esta vem confirmar nosso questionamento inicial, quanto ao glamour de se ter um filho médico, reforçando assim a importância das

representações sociais como norteadoras (ou influentes) dessas escolhas, pois se percebe que enquanto a medicina apresentou um alto índice da influência das representações, na enfermagem este índice foi inexpressivo, pelo contrário, algumas falas mostram que esta profissão foi segunda opção onde a primeira era a medicina.

Este dado também realça a visão superior da medicina, quando nas entrelinhas fica evidenciada a necessidade de valorização profissional, valorização esta que uma vez atingida, é importante para a convivência difícil com a realidade que o estado atual da saúde brasileira impõe; diríamos que ser valorizado na sociedade compensa as dificuldades que o exercício da medicina apresenta na saúde, como expressa a entrevista de A.B.T.;

(...) As condições de trabalho são ruins, mas a medicina sempre será bela.

Outro dado importante obtido é aquele referente às relações entre os médicos e as enfermeiras: são quase unânimes as colocações sobre as dificuldades relacionais. Estas parecem de forma “escancarada nos discursos médicos, oscilando desde as enfermeiras apresentarem um trabalho descompromissado, até elas quererem ter “poder” igual ao dos médicos, como aparece na fala de M.S.T;

(...) Imagine elas querem ter o mesmo poder que os médicos.

Estes dados acenam para nós como uma dificuldade dos médicos em dividir espaços na esfera hospitalar com outros profissionais, (neste trabalho especificamente ressaltamos e enfocamos as enfermeiras), pois a figura do médico sempre foi atrelada ao campo da saúde como mentor maior, até com reflexo de todo o percurso das ciências até os dias atuais.

Hoje o profissional médico é obrigado a compartilhar a área com novos profissionais, visto que certas áreas estão sendo redesenhadas e apresentando trabalhos outrora feitos “de forma caseira”, não profissional.

Não existiam órgãos reguladores (conselhos, leis e regulamentações), pois havia poucos profissionais nas áreas como a fisioterapia, nutrição, quando nestas o senso comum era o norteador destes “técnicos”.

Como um exemplo do que foi dito, pode-se citar a especialidade da Fisiatria, praticamente substituída por outros profissionais não médicos.

A disputa nos alerta no campo da saúde e nos chama a atenção por contrariar toda uma visão interdisciplinar, onde não deveria existir nos diversos campos de atuação, profissionais com maior ou menor relevância, mas sim um diálogo entre as áreas, favorecendo uma melhor escuta e direcionamento (neste caso) do maior interessado, o paciente.

Outro ponto por nós observado é quanto aos relacionamentos entre os médicos serem tão “pobres”, sempre justificados pela falta de tempo, a falta de comunicação, em virtude de cada um ficar muito fechado em sua área, além da intriga entre os profissionais, graças à supremacia de uma especialidade sobre outra e a concorrência na área.

Isto tudo nos leva a inferir que, se entre os médicos o diálogo já é comprometido, imagine - se entre as várias profissões que surgem decorrentes do exercício profissional diário (leia-se aqui o profissional, a enfermeira, por ser nosso objeto em questão).

Uma fala que nos chama a atenção no que tange ao relacionamento médico - enfermeiras é a queixa que oscila em não se ter claro qual o verdadeiro papel delas no contexto hospitalar, de perceber o papel das mesmas como descompromissado e até um jogo de poder implícito, em que a manutenção do “status quo” perpassa a necessidade da hegemonia médica na saúde.

Quando avaliamos as entrevistas das enfermeiras, ficou evidenciado que o amor à profissão, em sua grande maioria, nasceu de uma vontade de cuidar e de questões pessoais muito bem desenhadas, não da influência familiar, já que no Brasil, ainda há uma prevalência do trabalho tido como intelectual sobre o manual ou “braçal”.

Na área da saúde, vemos o médico como aquele que “manda”, não o que executa, pois os procedimentos são efetivados através de outros profissionais, como é o caso das enfermeiras.

Isto reforça a questão da divisão do trabalho, onde temos a parte que pensa e a outra que executa.

Tal fato para nós, configura um cenário ideal para manutenção desse jogo de poder, entretanto está longe de ser o nosso ideal para o campo da saúde, visto que acreditamos numa

tendência do trabalho horizontalmente constituído e não verticalmente como ainda se mantém em algumas instituições.

Observamos, entretanto, como as representações sociais possuem força, que em um contexto hospitalar; nem mesmo um conjunto de fatores reais, como diferença salarial, condições precárias de trabalho entre outras, podem desmistificar a força e manutenção desse padrão de funcionamento.

Outro fator relevante que percebemos claramente é a dificuldade de relacionamento entre as enfermeiras e os médicos num percentual alto de 50% dos entrevistados.

O que nos chama a atenção é que, em alguns casos, as queixas se entrelaçam, isto é, a mesmas que os médicos fazem das enfermeiras, as enfermeiras fazem dos médicos, como podemos constatar nestas respostas, quanto ao questionamento de cada um sobre a natureza do trabalho:

A enfermeira C.A: “ Cada vez mais distanciado do cliente.”

O médico C.G.L: “ Descompromissado”.

Isto fica muito evidenciado quando se trata da visão do trabalho onde cada um vê o do outro como distanciado do paciente.

Julgamos importante ressaltar que as respostas da enfermagem vieram através das entrevistas, mostrando um discurso científico, valorizador da área do conhecimento. Embora afirmem que “o cuidado define a profissão” é mais que evidente que este está muito mais na mão do “atendente” ou auxiliar de enfermagem .

Esta forte tendência à pesquisa e à busca de conhecimento denota também um redesenho da profissão, uma questão da classe e isto pode estar sendo um elemento que dificulta as relações no contexto hospitalar, já que vai contra a representação arraigada de poder dos que pensam e daqueles que executam.

O que percebemos é que, em muitos casos, existe um percurso onde a enfermeira foi anteriormente atendente de enfermagem, talvez pela necessidade de custeio da faculdade, o que não aparece na medicina em função de ser esta uma faculdade mais elitista (por ser muita cara sua manutenção). Por outro lado, o ingresso em faculdades públicas são legados daqueles que realizam um excelente percurso escolar e, a maioria daqueles jovens que ingressam em faculdades públicas é oriunda de escolas particulares, afunilando as possibilidades para uma classe mais abastada, fortalecendo nossa hipótese de termos aí também um problema de desigualdade de classe socioeconômica.

Uma colocação que se faz importante ao avaliarmos estas entrevistas é que aparece muito bem delimitada no campo da enfermagem, a questão do cuidar como um atributo inerente ao seu trabalho (mesmo que esteja havendo, como já apontamos, um movimento mais “científico”, com mais pesquisa) e muito valorizado no que tange à escolha e ao porquê da enfermagem como profissão.

Isto confirma o papel maior do cuidar na atuação da enfermagem (não esquecendo de tantas áreas que abrangem o mesmo papel).

Em contrapartida, o papel “magno” da medicina através da evolução das civilizações sempre foi o de salvar vidas, e este ponto quase não aparece nas entrevistas, como motivador do ingresso na área médica.

Fica um questionamento: será que a visão da medicina está se perdendo dentro de um contexto maior ou apenas será um redesenho profissional?²⁵

²⁵ Recentemente apareceu na TV uma propaganda do sabonete “Protex” (que acaba com 90% das bactérias) onde uma mãe orgulhosa aponta para o “talento de cuidar dos outros” mostrando seu filho de seis ou sete anos. Termina com a frase da mãe “tenho que cuidar do meu futuro médico”. A referência na propaganda não é ao objetivo de “salvar vidas” (atributo do médico), sendo que cuidar é atributo reivindicado pela da enfermagem.

CONCLUSÃO

Quando nos limitamos às disciplinas”compartmentadas – ao vocabulários à linguagem própria a cada disciplina – temos a impressão de estar diante de um quebra cabeças cujas peças não conseguimos juntar a fim de compor uma figura...(E. Morin, 2002:489).

Ao realizarmos esta tese, procuramos uma “pequena religação dos saberes”. Claro está que esta investida pouco tem a ver com a proposta de E. Morin, (a não ser como pressão desse “novo” espírito científico), esta sim uma religação em “grande angular”, apoiada em diferentes pensadores originários de áreas tão diversas quanto a Física, a Biologia, Geologia, Paleontologia, Antropologia e assim por diante. A nossa proposta é modesta, a “pequena religação”, parcial e fragmentária, responde apenas ao apelo desse, velho e novo espírito científico, há muito esboçado no campo da Antropologia, de forma modesta, mas persistente: o esforço da interdisciplinaridade.

Nossa proposta de reflexão transita pois na necessidade de um diálogo entre as ciências, diálogo este delimitado por um contexto pós-moderno constituído de mudanças em todas as facetas, repercutindo em uma visão voltada à atuação interdisciplinar.

Essa “nova forma” de atuar, trabalhar, visualizar o mundo, encerra em seu bojo uma íntima relação com as formas de organização do mundo do trabalho.

A formação interdisciplinar tem como argumento central o fato de que o mundo atual é um mundo em rede, ou seja, tudo o que acontece repercute em todas as arenas da vida.

Em face desse novo mundo, conseqüentemente, esse novo mundo do trabalho, é de total e absoluta necessidade a compreensão deste contexto, a fim de se ter possibilidades de contribuição para um mundo mais solidário, mais democrático, com justiça e possibilidades de uma vida mais digna com mais qualidade de vida nos hospitais, na saúde e no cotidiano das pessoas.

Nosso mundo hoje é um mundo ligado (no jargão da informática dir - se - ia conectado) em tempo real, onde os acontecimentos globais geram influências em nosso cotidiano, e os acontecimentos locais repercutem na arquitetura global.

Vivemos em “uma aldeia global” onde as ações afetam o mundo como um todo. A visão, diríamos mais, a postura interdisciplinar, é capaz de nos ajudar a enfrentar problemas mais complexos, como as questões ambientais, as doenças, as desigualdades sociais, por permitir um olhar distanciado de um foco central. Permite também uma visão panorâmica da realidade, onde é possível atuar com a necessária colaboração, o empenho do “outro”. Isto é gerador de novas possibilidades e de uma compreensão satisfatória da realidade. É essa visão que permite aos indivíduos interpretar, questionar e não somente construir e reproduzir.

Nesta tese, a visão interdisciplinar das profissões em questão reproduz um cenário onde tomamos as relações entre médicos e enfermeiras, a fim de mapear um território, mas nossa intenção é que este diálogo aconteça também na saúde como um todo, podendo-se assim ter vínculos de confluência, ultrapassando as fronteiras estabelecidas e articulando em suas várias facetas os saberes fragmentados.

Apontamos para essa necessidade interdisciplinar por ser uma conduta do mundo em rede, onde as comunicações são em progressão geométrica (calcula-se que um e-mail possa atingir milhões de usuários em um espaço muito pequeno de tempo), onde as respostas são infinitas.

Têm-se essas cadeias complexas, constituídas por um cenário por excelência interdisciplinar, como nosso corpo, nossas idéias, ações, todas interligadas em nossas cidades, países e mundo, conseqüentemente é necessário que tenhamos uma formação da mesma orientação para que assim possamos acessar o mundo das informações e viver em sintonia, desfrutando de uma convivência harmoniosa e possível com o “outro”, mesmo que ele nos soe como diferente.

Nosso mundo atual, marcado por essas comunicações em rede, onde as diferenças se fazem presentes a todo instante pela diversidade dos saberes e, é através de um visão interdisciplinar que poderemos respeitar o outro como ele é, estabelecendo com ele o diálogo, respeitando sua história e propondo a todo instante um discurso democrático, onde a necessidade de um recorte interdisciplinar é fator preponderante que irá posicionar pessoas, empresas e países entre os vencedores ou perdedores no século XXI.

Uma abordagem interdisciplinar convida os acadêmicos a lidar com maior complexidade, a aprender novas habilidades e a questionar premissas. Também convida indivíduos a sair das zonas confortáveis e abdicar de distinções habituais entre disciplinas, entre os teóricos e os profissionais, e entre muitas das fronteiras tradicionais que podem ser observadas na geração do conhecimento. (Parker, 1999:427)

As relações entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar foi nosso objeto central dessa tese. O hospital como cenário dessas relações, não escapa dessa necessidade da pós-modernidade, em que o diálogo entre profissionais é sobremaneira importante.

Esse diálogo por nós levantado remete a questões complexas, apontando uma fragmentação na área da saúde que ocasiona perdas nas relações, nos procedimentos e na qualidade de vida desses profissionais e da população por eles atendida.

Vimos que essas relações entre médicos e enfermeiras são eminentemente problemáticas, como relata V.A.A.J.(médico)

Desde quando comecei a trabalhar em hospital, (na faculdade não percebi, porque a gente era aluno e aluno não fazia nada). Desde o início do primeiro hospital como profissional, é sempre assim, confusão de médico com enfermeira sempre até de bate boca, de médico não poder chegar nem perto do serviço delas de dar opinião nada, tipo: “isso é comigo o senhor não se meta”. Discussões grandes em hospitais também de capitais, mas isso também aparece em serviço pequeno de ambulatório, dependendo da enfermeira, se ela peita mesmo, ela manda ver mesmo, e a discussão é grande e a confusão maior.

E A.T. B. (enfermeira):

A área de maior atrito é a área médica. Alguns médicos se colocam como superiores a todos, então eles tratam as pessoas com diferença. Não é por aí, somos todos iguais. É a mais difícil em virtude disso, alguns se julgam todos poderosos, donos de hospital, superiores a outros colegas médicos também.

As relações no interior de cada categoria apontam para uma tensão baseada na concorrência entre os médicos, como relata J.R.S.:

Se nós os próprios médicos não conseguimos ter amigos dentro do hospital, que dirá os outros profissionais ligados à gente, hierarquicamente mais abaixo. O contato é muito difícil, é lógico que há um convívio, os médicos são os mais ligados, pois discutem-se casos, opera-se, prescreve-se juntos (...).

E também P.S.M:

(...) Especificamente nesta área, há muita intriga entre os médicos, em relação às diversas condutas, em relação a uma determinada doença ou situação, mas respeito às suas opiniões.

Também no corpo da enfermagem há profissionais que reconhecem a falta de unidade entre elas, como narra a enfermeira R.M.F;

Relação de coleguismo, mas com dificuldades e desconfiança.

E L.V.R.P.;

Dificuldades de lidar com as outras enfermeiras, muita desunião.

Acreditamos que essa dificuldade em dialogar entre esses profissionais da saúde possa resultar em perda da qualidade de atendimento ao usuário maior, o paciente, e também contribuir para um ambiente pouco aliciador de satisfações no exercício profissional diário já que por si só o hospital é um ambiente difícil, por encerrar questões pertinentes à vida e à morte.

Nesta busca de excelência da pós-modernidade, o diálogo interdisciplinar é condição prioritária para sobrevivência e diminuição de riscos de incompreensão num mundo globalizado, em rede.

Outro ponto que detectamos como um elemento disparador de conflitos é o que se refere ao poder tão descrito nesta tese. A quantidade de poder e prestígio que ambos disputam neste cenário contribui para essa dinâmica dita pelos próprios profissionais, como complicada, difícil como podemos perceber nesses trechos das entrevistas com as enfermeiras;

R.M.F:

(...) a mais difícil é com os médicos, pois sempre querem ser os donos da verdade (...).

R.P.V.D.S:

(...) Minha dificuldade é da parte médica de querer abrir mão de alguma coisa, ou não ou ainda de estar ouvindo outro profissional ou até mesmo um colega, de estar aceitando opiniões, de estar abrindo a cabeça para ver as outras coisas também. Acho que é da parte médica mesmo. Não são todos, mas acaba afetando o paciente e o serviço também.

E com os médicos:

C.G.L:

Enfermeiras. Dificuldade em aceitar condutas; má relação entre médico e enfermeira.

M.S.T:

Enfermeiras, elas sempre querem ter o mesmo poder que o médico.

As definições profissionais da enfermagem aparecem com um distanciamento da própria definição do seu papel e com uma maior aproximação do trabalho intelectual, já que em um mundo capitalista é o mais valorizado e em especial na sociedade brasileira o trabalho visto como “braçal” é ainda mais discriminado em função de recortes atribuídos ao período da escravatura (1559-1850)²⁶.

Isto aponta pra uma forma de se romper um “modelo construído” de que a enfermeira ao ter o padrão de cuidar está se distanciando de exercer um trabalho intelectual.

Como nasceram e como são duradouras as representações socialmente e culturalmente construídas! De fato, há imagens que foram praticamente institucionalizadas neste processo de

²⁶ É interessante notar que isso se configura muito nas representações coletivas no povo brasileiro, pois este ao imigrar para países mais desenvolvidos, não ter o “pudor” em trabalhar de garçom, lavador de carros, babás, pois não encontra este tipo de segregação como é visto aqui (mesmo que este possua curso superior).

reprodução de representações, transformando visões e atitudes em modelos a serem seguidos desprovidos de questionamento.

A valorização da medicina aparece em forma de se desejar muito que um filho faça medicina, nas entrevistas aparece como fonte de escolha, cuja temática apresenta uma forte influência familiar, influência essa reafirmada pela mídia, onde em novelas, filmes, seriados, o médico ocupa papéis na maioria das vezes, sempre ligados à imagem de sucesso.

As respostas com conteúdo altruísta (como ajudar, salvar, minorar) que também configuram o universo da medicina, só aparecem como atributo da enfermagem.

Já respostas ligadas a prestígio, a valorizações sociais, profissionais e reconhecimento da profissão foram dadas de forma velada ou explícita; traços de poder como atributo a ser buscado no exercício da medicina, foram expressos de maneira indireta, o que para nós configura um traço explícito de que o poder encerra em si questões muito contraditórias, pois busca-se, almeja-se embora declarar-se ávido de poder ou se fazer algo justamente para se alcançá-lo, nem sempre é bem acolhido pelo contexto social. Em função disso, nega-se, embora queira-se.

Tal afirmativa acima encontra respaldo em respostas dadas pelos médicos abaixo:

M.S.B.

Busca de ideal de onipotência, poder de decisão sobre a vida e a morte.

J.R.S

(...) quando me disseram: “Você é médico, eu me igualei a tantos outros que a gente tinha uma distância imensa, que eram os professores e que a gente olhava como pessoas importantes, quase intocáveis. Quando me entregaram o diploma, eu me senti na mesma condição, não por ter poder, mas por saber que a partir daquele momento a gente poderia ajudar o próximo (...).

As respostas altruístas aparecem na enfermagem (malgrado o relativo afastamento do cuidar e, portanto do “altruísmo”) em sua maioria denotando uma busca de estar em “sintonia” com o que é esperado da enfermagem e com o objetivo central da profissão, embora atualmente se perceba um movimento desses profissionais migrando para a área de pesquisa e acadêmica o que, à primeira vista, nos parece configurar uma busca de maior

valorização profissional, retomando nossas indagações sobre a valorização do trabalho no mundo capitalista, onde existe uma separação entre os que pensam e os que executam, conseqüentemente quanto mais se pensa, mais se afasta do fazer.

Mas então, porque a relação é ruim?

Essa questão não se esgota, embora não tenha sido nosso interesse central.

Tem-se a questão da desigualdade de classe social entre os que buscam a medicina e a enfermagem.

O curso de medicina é feito em tempo integral; assim, mesmo numa escola pública (portanto sem ter que pagar o curso), o aluno tem e dá despesas: fica dependente até terminar os seis anos ou mais do curso; não há tempo para trabalho remunerado durante o curso.

Hoje no Brasil, com o achatamento do poder econômico, a manutenção de um filho na faculdade requer um padrão de vida pelo menos considerável, visto que nossa população na sua maioria, fica muito aquém desse “padrão”, podendo este fato que, já em fase embrionária, leva a medicina a ser uma profissão das classes mais abastadas, elitizando-a.

O curso de enfermagem pode atrair uma clientela menos favorecida economicamente e que necessita do trabalho para o sustento, pois a possibilidade de trabalho simultâneo à faculdade é possível, já que os hospitais absorvem um grande contingente de pessoas.

Muitos alunos de enfermagem já vêm com um trabalho anterior e atual em hospitais, em sua grande maioria, exercendo funções de auxiliares, técnicos e com a possibilidade de plantão, viabilizando o curso e sua manutenção. A pesquisadora aponta para este dado em função do conhecimento obtido nas relações com os alunos de graduação por ter sido professora na enfermagem durante três anos em Universidade.

As diferenças econômicas e de classe correspondem a diferenças de escolaridade, conhecimento e oportunidades.

As diferenças de gênero inicialmente apontadas nesta tese, apontam para o papel subalterno da enfermagem (no sentido de profissão auxiliar da medicina), se somando à subalternidade de gênero, por ser a enfermagem predominantemente feminina (ver com mais riqueza esta afirmativa no capítulo 3 no sub-item 3.2.1).

Para a enfermeira há, portanto, uma “luta” dupla: lutar para ter um reconhecimento profissional e também lutar para ser reconhecida como pessoa profissional.

Talvez tudo isso leve a enfermeira padrão (embora este termo não seja mais adequado, mas utilizamos para posicionar aquela que é formada em curso universitário) a reforçar a sua relação com o saber acadêmico, a ciência, a pesquisa, na sua busca de superar a diferença.

Considerando todas essas indagações e constatações algumas mudanças se fazem necessárias em nossos espaços de trabalho, nesta tese, a saúde, na especificidade a medicina e a enfermagem.

Sugerimos uma postura de maior flexibilidade, onde o espaço do outro deva ser respeitado, porém, aceitando opiniões de outras áreas levando a uma socialização do saber, agregando saberes.

Desenvolver nos hospitais, uma cultura voltada à formação de indivíduos capazes de proporem novas interpretações e não apenas atores de reprodução de um sistema paternalista.

Multiplicar as vozes em uma proposta de democracia dialógica gerando novas possibilidades de atuação em sintonia com o proposto, embora este possa ser repensado e se necessário atualizado.

Muitas idéias emergiram para nós ao término desta tese, porém limitações se fazem presentes ao contextualizá-las.

Reconhecemos o quão difícil é uma mudança estrutural da cultura (lembrando que ao falar de cultura estamos tratando de um conceito amplo que engloba saberes econômicos, sociais e políticos de um povo) através de possíveis releituras dos currículos escolares,

valorizando apenas disciplinas tradicionais, levando a um saber fragmentado, o que não representa uma postura interdisciplinar que tanto defendemos.

Acreditamos que as universidades possam integrar às disciplinas tradicionais, uma formação mais eclética que possibilite ao indivíduo associar saberes, percepção ética e maximização de competências, em um mercado de trabalho marcado pelas necessidades de um homem mais atuante e voltado para uma visão de todo e não focado em uma só ciência e saber.

Não buscamos com isso, relegar a segundo plano a importância dos saberes oriundos das disciplinas e ciências, cada uma com seu objeto de estudo, pois ao desvendar os limites de uma ciência, é que podemos desenvolver o interesse pela interdisciplinaridade. O que focamos é o não aprisionamento tendencioso de uma só ciência.

Este “modelo” que propomos não se esgota na área da saúde e nem no pólo das relações que aqui elegemos para trabalhar, prioriza sim a mutabilidade, o novo, a flexibilidade e o respeito pela diferença.

Ao concluirmos, gostaríamos de usar a metáfora por nós criada para explicar a visão de homem que defendemos em nossa tese, que é a visão de uma pilha de latas em um supermercado: embora cada uma encerre em si seu conteúdo único, todas elas são necessárias para manter a pilha em pé. Somos as pilhas nas quais cada lata encerra seu saber, precisamos estar em sintonia com as outras para a pilha estar de pé, embora, em alguns momentos, a força de uma única lata seja necessária para que a pilha permaneça em pé.

BIBLIOGRAFIA

ARGYRIS, C “Personalidade e organização – o conflito entre o sistema e o indivíduo”. Rio de Janeiro: Renes, 1957.

BALANDIER.G “O contorno: poder e modernidade” Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

_____ “O Poder em Cena”. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1982

BARDIN, L. “Análise de Conteúdo”. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARÓ.I.M. “Sistema, grupo y poder: psicologia social desde Centroamérica (II)” El Salvador: UCA editores, 1989.

BERNARDES DE OLIVEIRA, A. “A evolução da medicina até o início do século XX. Sao Paulo: Pioneira, 1981.

BORDIEU, P. “A economia das trocas simbólicas”. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____ “O poder simbólico” Rio de Janeiro: Bertrand Brasil,2000.

BOCK.A. et.al “Uma introdução ao estudo de psicologia” São Paulo: Saraiva,1997.

BRANDÃO, V.M.A.T. “A construção do saber: desafios do tempo” São Paulo, 2004 (tese de doutorado apresentada a Puc- sp)

BULFINCH, Thomas – O Livro de Ouro da Mitologia – Histórias de Deus e Heróis – 10ª Edição – Ediouro, RJ Ano 2000.

CAMON,V.A.A et. Al. “Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar” São Paulo: Traço, 1984.

_____ “e a Psicologia entrou no hospital...” São Paulo: Pioneira, 2001.

CLEGG, S.R; HARDY.C e NORD.W.R “ Handbook de estudos organizacionais” São Paulo : Atlas, 1999.

CHIAVENATO, I. “Introdução á teoria geral da administração” Rio de Janeiro:Campus,2000.

CLAUDE, L.V. “Antropologia estrutural” Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro,1996.

CHANLAT et al. ”O indivíduo na organização: dimensões esquecidas”. Vol. I e II. São Paulo: Atlas, 1993.

CHAUÍ, M. “Conformismo e Resistencia” São Paulo: Brasiliense, 1993.

CODO, W. et al. “Indivíduo, trabalho e sofrimento” Petrópolis: Vozes, 1993.

DALLY, P. “Psicologia e Psiquiatria na enfermagem” São Paulo:EPU,1978.

DEJOURS, C. et al. ”Psicodinâmica do trabalho”. São Paulo: Atlas, 1994.

EIADE, M. “ Mito e Realidade”. São Paulo : Perspectiva S.A., 2004.

FAZENDA, Ivani. “Interdisciplinaridade: História,Teoria e Pesquisa”.São Paulo : Papyrus, 2001.

GEOVANINI,T. et al. “A História da Enfermagem” In: Versões e Interpretações: São Paulo: 2ª. Edição ed. Revinter, 2002.

GIDDENS, A. “As conseqüências da modernidade” São Paulo : Unesp, 1991.

_____ “Para além da esquerda e da direita”. São Paulo: Unesp, 1996.

GIL, A. C. “ Como elaborar projetos de pesquisa”. São Paulo: Atlas, 1991.

GOFFMAN, E. “Ritual de la Interacción”. Buenos Aires : Tiempo Contemporâneo, 1970.

HARVEY, D. “Condição pós-moderna”. São Paulo: Loyola, 1996.

HERSEY, P., BLANCHARD, K. "Psicologia para administradores de empresa". São Paulo: Epu, 1986.

KATZ, D., KAHN, R.L. "Psicologia social das organizações". São Paulo: Atlas, 1976.

KEHL, M.R. "Sobre ética e psicanálise". São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KRÜGER, H. "Introdução à psicologia social" São Paulo: Epu, 1986.

LANE, S.T. M. "O que é psicologia social". São Paulo: Brasiliense, 1986.

LAPASSADE, G. "Grupos, organizações e instituições": Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LAPLANCHE, L. e PONTALIS, J-B "Vocabulário de Psicanálise" Lisboa: Moraes editores, 1982.

LAPLANTINE, F. "Antropologia da Doença". São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LARAIA, R. B. "Cultura – um conceito antropológico". Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LÉVY, P. "As tecnologias da inteligência – o futuro do pensamento na era da informática". Rio de Janeiro: ED 34, 1993.

MELLO, F. J. "Psicossomática hoje". Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

MICHEL, F. "Microfísica do poder". Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MONTERO, P. "Da Doença à Desordem". São Paulo: Graal, 1985.

MORIN, E., 'A Religação dos Saberes. Desafio do século XXI' Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Ed, 2002.

MORGAN, G. "Imagens da organização" São Paulo: Atlas, 1996.

PAGÉS, M. et al. "O poder nas organizações". São Paulo: Atlas, 1987.

PIRES, D. “a HEGEMONIA Médica na Saúde e a Enfermagem”. São Paulo: Cortez, 1989.

SANTOS, N. M. B. F. “Clima organizacional, um estudo em instituições de pesquisa”. São Paulo, 1983, (Tese de Mestrado apresentada à FEA/USP).

SCHEIN, E.H. “Organizational culture and leadership”. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1985.

SILVA, C.O. “Trabalho e subjetividade no hospital geral” In: Psicologia ciência e profissão Rio de Janeiro: ano 18, nº 2.

SILVA, I.M.B.P. “A dinâmica sofrimento e prazer no trabalho: uma análise dos profissionais de enfermagem” São Paulo, 1999, (Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

SILVA, O.C. “Curar adoecendo.” Rio de Janeiro, 1994, (Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz).

SPINK, M (Organizadora) “O conhecimento no cotidiano” São Paulo Editora Brasiliense, 2004.

_____. “Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano” São Paulo, Editora Cortez, 2004.

STRAUSS, C.L. “Antropologia Estrutural”. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1996.

TALCOTT PARSONS, The Social System, Tavistock Publications, London, 1952.

_____, Social Systems and the evolutions of action theory, the free press, New York, 1997.

TAMAYO, R.P. “De la magia Primitiva a la medicina moderna”. México. Fondo de Cultura Económica, 1997.

TOTORA, T.B.S. (orgs.) “Ciências sociais na atualidade: percursos e desafios. São Paulo, Cortez, 2004.

REVISTAS:

Scientific American História, Ediouro Gráfica, São Paulo, 2006.

LECT –Laboratório de Ensino de Ciências e Tecnologia – Escola do Futuro – USP (portal eletrônico).

Ministério da saúde – conselho.saude.gov.br

Ciência da informação, "O processo da inteligência competitiva em Organizações" volume 4, número 3, São Paulo,2003.

SITES:

<http://www.alppsicologa.hpg.com.br>

<http://www.calazans.ppg.br>

<http://www.júpiter.com.br/socultura/imperatriz.html>

<http://portalteses.cict.fiocruz.br>

[http:// www.wikipedia.org/wiki](http://www.wikipedia.org/wiki)

ANEXO 1

Doutores e... "doutores"

Erasmu G. Mendes

Atualmente, o título de doutor é conferido pelas universidades públicas ou privadas aos que, após a graduação, ingressam no curso de pós-graduação e, mediante defesa de tese, adquirem o título em questão, passando ou não pelo mestrado. Antigamente, na inexistência de cursos regulares de pós-graduação, o pretendido título era obtido por inscrição em doutoramento segundo normas da escola e as teses defendidas, via de regra, pouco ou nada tinham de original, sendo freqüentemente compilações emolduradas por comentários analíticos e/ou críticos em torno do tema escolhido. Se bem me lembro, havia na Faculdade de Direito do Largo São Francisco um curso de doutorado, com dois anos de duração, em nível equivalente ao dos atuais cursos de pós-graduação. Nas faculdades de medicina, mais freqüentemente, era nas disciplinas de clínica que ocorriam doutoramentos, nesses casos envolvendo observações e resultados originais. Não me recordo se nas escolas de engenharia havia algum tipo de doutoramento análogo. Em 1934, surgida a Universidade de São Paulo e criada nesta, a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, houve, acredito, a oportunidade de instituição de um regime regular de doutorado, após a graduação, provavelmente porque as disciplinas estudadas e ministradas nessa faculdade propiciavam aos formados o ingresso na investigação e na pesquisa original e criativa nos vários setores do saber dito desinteressado, dando azo a que surgissem doutores em filosofia, ciência e literatura. Recordo que o primeiro doutor dessa faculdade foi o saudoso professor Simão Matias. No setor naturalístico, pelo menos, o doutorado implicava a escolha de um tema de tese numa dada disciplina e o exame em duas disciplinas subsidiárias, sistema tido como alemão.

Todavia, já nesse tempo havia se arraigado no País o costume de se aceitar como "doutor" principalmente os que eram simplesmente formados em direito, medicina e engenharia, categorias que, por razões que não caberia aqui esmiuçar, passaram a gozar de status especial. Não tardou que os formados em odontologia se julgassem no mesmo direito, seguidos mais recentemente pelos economistas. Nas outras categorias de profissionais liberais, continua bem mais difícil encontrar quem se outorgue indevidamente o título de doutor.

De tal maneira acha-se arraigado o hábito de se chamar de doutor aos que legalmente não o são que, até mesmo na USP, isso pode ocorrer. Estando uma vez no Conselho Universitário, representando minha escola, deparei com petição de um cidadão (médico) inscrito no doutoramento, que já se firmava previamente "doutor" em todos os documentos juntados para apreciação. Essa impostura transitou pelas várias instâncias da Reitoria, sem que a irregularidade fosse levada em conta e, muito menos, detectada. No plenário do Conselho, insurgi-me contra esse descaso e propus que o erro fosse corrigido. Como a própria Universidade poderia aceitar tal despropósito? Para minha surpresa, a maioria dos meus colegas, do Conselho, todos doutores de verdade, não tinha se dado conta da irregularidade.

Estaria eu com os presentes comentários refletindo um recôndito orgulho de ser legalmente doutor (em ciência, 1944) e cioso da prerrogativa de ostentar tal título, negando-a aos que são apenas graduados em instituto de ensino superior? De modo algum. Há muito tempo desisti de explicar que tipo de doutor eu sou. Nas vezes em que alardeei essa condição, perguntaram-me se eu era advogado, médico ou engenheiro. Assim, apenas no estreito âmbito de minhas atividades universitárias sou considerado doutor, fora dele continuo apenas o "seu" Erasmu. De tal maneira acha-se deturpado no País o conceito de doutor que, exemplificando, qualquer pessoa, dirigindo um carro de luxo, é chamada de doutor num posto de abastecimento de

combustível ou, se bem trajada, ao passar pela banca do engraxate, ouve deste "vai graxa doutor?".

Desse modo, o título que mais me comove e lisonjeia é o de mestre, quando assim sou chamado pelos alunos e colegas mais jovens. Na verdade o título de doutor nada agrega ao currículo do possuidor, se este não prosseguir na busca e criação do conhecimento. Aliás, nesse sentido nem há necessidade de se tornar doutor. Exemplifico com casos de minha área, em que pessoas sem formação regular universitária tornaram-se excelentes biólogos, trabalhando em institutos de pesquisa ou, mesmo, nas universidades, sem jamais se outorgarem o título de doutor. Cito, ao acaso, Mario Autuori (primeiro diretor do Zoológico), John Lane (Faculdade de Higiene), João Paiva Carvalho (Instituto Oceanográfico), todos verdadeiramente doutos. Como igualmente doutos são aqueles profissionais liberais que se distinguem na carreira por suas contínuas atividades e produção no campo intelectual, administrativo, ou mesmo político. Todos estariam a merecer um especial título de doutor *honoris causa*.

Enquanto isso não acontece, visto que a aquisição do título de doutor atualmente requer, por lei, o preenchimento de certas exigências, que se cumpra a lei. Ou, então, legisle-se no sentido de estender o título também aos apenas graduados nos cursos superiores. Contribuir-se-á, assim, para sacramentar o crescente aviltamento de um título já demasiadamente desvirtuado e desgastado. Evitar-se-á, também, desse modo, que os pseudo-doutores continuem a incorrer numa espécie de falsidade ideológica consentida.

Erasmu G. Mendes é professor de Fisiologia do Instituto de Biociências da USP.

Fonte: www.júpiter.com.br/socultura/imperatriz