

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ALESSANDRA CONCEIÇÃO DA SILVA

**GÊNERO E PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM UM CORREDOR HOSPITALAR DE
ALTA COMPLEXIDADE EM MACEIÓ/AL**

MACEIÓ-AL

2013

ALESSANDRA CONCEIÇÃO DA SILVA

**GÊNERO E PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM UM CORREDOR HOSPITALAR DE
ALTA COMPLEXIDADE EM MACEIÓ/AL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia. Linha de Pesquisa “Gênero, Trabalho e Saúde”.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Francisco Guedes do Nascimento

Maceió-AL

2013

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos

S586g

Silva, Alessandra Conceição.

Gênero e práticas profissionais em um corredor hospitalar de alta complexidade em Maceió / AL / Alessandra Conceição da Silva. – 2013. 115 f.

Orientador: Pedro Francisco Guedes do Nascimento.

Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Maceió, 2013.

Bibliografia: f. 106-108.

Apêndices: f. 109-115.

1. Hospital de alta complexidade. 2. Relações hierárquicas.
3. Profissionais de saúde – Práticas profissionais. 4. Desigualdades de gêneros.
I. Título.

CDU: 316.344.24:616-051



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SOCIOLOGIA**

TERMO DE APROVAÇÃO

ALESSANDRA CONCEIÇÃO DA SILVA

**Gênero e Práticas Profissionais em um Corredor Hospitalar
de Alta Complexidade em Maceió/AL**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade Federal de Alagoas, como exigência parcial para a obtenção do título de mestre, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Francisco Guedes do Nascimento.

Banca examinadora:

Drº Pedro Francisco Guedes do Nascimento- UFPB/UFAL - Orientador



DrºDijaci David de Oliveira- UFG – Examinador Externo



Drº Breitner Tavares- UNB - Examinador Interno



Data da aprovação: 29 / 01 / 2013

DEDICATÓRIA

*Dedico a Deus mediante a Fé
que me acompanha todos os dias!*

AGRADECIMENTOS

A Minha Família consanguínea e ampliada porque sempre quando precisei, enfrentei algumas quadras e alguns quilômetros na estrada e pude estar na presença de cada um deles.

A todos os amigos que durante anos, de um jeito ou de outro, sempre me apontaram algum direcionamento.

Aos professores da Graduação de Serviço Social na UFAL/FSSO, com destaque ao querido prof. Dr. José Nascimento, que prontamente sempre estendeu a sua mão a mim.

Aos queridos professores do PPGS/ICS-UFAL que deixaram um pouco de seus saberes, fazendo de mim um ser humano melhor a cada aula ministrada.

Aos professores João Bittencourt e Elvira Simões por terem me presenteado com as correções na Banca de Qualificação.

Ao Grupo Mandacaru, por ter me ofertado um ambiente de discussão rico e aberto a quebrar paradigmas!

Ao querido orientador Pedro Francisco Guedes, pelas provocações, puxões de orelha, sempre me indicando o melhor caminho a seguir!

A todos os profissionais de saúde que colaboraram com a pesquisa no HGE.

Um especial agradecimento a você Alice Franca por ser uma companheira de todas as horas. Enviada por um Anjo para me proporcionar momentos de Alegria, Amor e por sempre ser positiva. Sempre abrindo mão de assistir a filmes para escutar a leitura dos meus capítulos! Obrigada.

A você minha mãe do coração Dindinha, que mesmo em um leito de hospital me DEU FORÇA PARA SEGUIR EM FRENTE.

A você minha MÃE porque sempre estiveste torcendo pela minha vitória, OBRIGADA POR TUDO.

E a JESUS porque sem a FORÇA, a SABEDORIA e a CORAGEM, eu seria incapaz de estar onde estou.

Muda-se o ser, muda-se a confiança;
Todo o mundo é composto de
mudança, Tomando sempre novas
qualidades. Continuamente vemos
novidades. Diferentes em tudo da
esperança; Do mal ficam as mágoas
na lembrança, E do bem, se algum
houve, as saudades.

(Camões)

RESUMO

Esta dissertação traz os resultados de uma pesquisa etnográfica realizada em um corredor hospitalar de alta complexidade, enfatizando as percepções das profissionais de saúde nesse contexto. Foi aceita a perspectiva da Sociologia da Saúde e Antropologia da Saúde para analisar e interpretar o campo levando em consideração a sua dinâmica. O lócus da pesquisa foi o Hospital Geral do Estado de Alagoas, localizado na capital Maceió. O objetivo geral da investigação foi compreender por meio dos discursos das enfermeiras e auxiliares de enfermagem suas percepções acerca das práticas profissionais e das relações de hierarquia que se travavam cotidianamente no ambiente de trabalho. Os sujeitos da pesquisa foram mulheres que trabalham em um corredor de internação localizado no primeiro andar do hospital, denominado área verde. Procedeu-se a uma análise da distribuição de profissões entre os sexos no mercado de trabalho brasileiro e no Estado de Alagoas, no campo da saúde, destacando pontos de desigualdade e prestígio social em algumas profissões, como Enfermagem, Medicina e Auxiliar de Enfermagem. A análise da política de saúde brasileira se deu a partir da revisão dos manuais de saúde, com especial interesse a forma como tem se dado a organização das redes de atendimentos de alta complexidade nos hospitais de emergência. Tendo em vista, as múltiplas relações sociais que se travam em um ambiente hospitalar de emergência, enfatizei outras interações que se apresentaram, por meio das falas das auxiliares de enfermagem, envolvendo novos sujeitos: médicos e prestadores de serviços gerais. A partir da análise de questões como negociações (troca de plantão), os isolamentos, a representação do jaleco. A pesquisa aponta para a manutenção de um padrão de relação hierárquica tradicional na saúde, onde o papel do médico ainda é central, frente ao crescimento de novas categorias na área, como é o caso da equipe de enfermagem. Os discursos das auxiliares de enfermagem apontaram para uma reivindicação de reconhecimento profissional frente à persistência das desigualdades de gênero com relação à ocupação dos postos de trabalho na saúde, manifesto nas diferenças salariais de homens e mulheres. De modo geral, as percepções das informantes revelavam suas percepções sobre o espaço social onde exerciam seus ofícios e, a maneira como vivenciavam diariamente suas práticas de trabalho.

Palavras-chave: Hospital de alta complexidade. Hierarquia. Práticas profissionais. Profissionais de saúde. Desigualdade de gênero.

ABSTRACT

This thesis presents the results of an ethnographic study conducted in a hospital corridor of high complexity, emphasizing the perceptions of health professionals in this context. It accepts the prospect of Health Sociology and Anthropology of Health to analyze and interpret the field taking into account its dynamics. The locus of the research was the General Hospital of the State of Alagoas, Maceió located in the capital. The overall goal of the research was to understand through the discourses of nurses and nursing assistants about their perceptions of professional practices and relations of hierarchy that is waged daily in the workplace. The study subjects were women working in a hospital corridor on the first floor of the hospital, known as green area. The authors conducted an analysis of the distribution of occupations between the sexes in the labor market and the Brazilian state of Alagoas, in the health field, highlighting points of inequality and social prestige in some professions, such as nursing, Medicine and Nursing Assistant. Analysis of Brazilian health policy took from the review of health manuals with special interest how the organization has given the networks of high complexity care in hospitals emergency. Given the multiple social relations that are waged in a hospital emergency emphasized other interactions that are presented through the statements of nursing assistants, involving new subjects: medical and general service providers. From the analysis of issues such negotiations (exchange on duty), the insulation, the representation of the coat. The survey points for maintaining a standard of the health traditional hierarchical relationship, where the role of the physician is still central to the growth of new categories in the art, as is the case of the nursing staff. The discourses of nursing aides pointed to a claim of professional recognition against the persistence of gender inequalities in relation to the occupation of jobs in health, manifest in the wage gap between men and women. Overall, the perceptions of informants revealed their perceptions of the social space where they exercised their crafts and how they experienced their daily work practices.

Keywords: High complexity hospital. Hierarchy. Professional practices. Health professionals. Gender inequality.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
DHS	Departamento de Higiene e Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HEJC	Hospital Escola José Carneiro
HGE	Hospital Geral de Emergência
IAP'S	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio
PSF	Programas de Saúde da Família
SESAU-AL	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
SUS	Sistema Único de Saúde
EU	Unidade de Emergência
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
US	Unidade de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	Um estudo etnográfico das Práticas das Profissionais de Saúde: os primeiros passos em campo	15
2.1	Um Grande Desafio: Ser Socióloga em um Ambiente de Emergência	18
2.2	O Hospital Geral do Estado de Alagoas	22
2.2.1	A Divisão espacial do Hospital em Áreas e Alas.....	24
2.2.2	A Aproximação com o Primeiro Andar.....	27
2.2.3	A aproximação com as Auxiliares de Enfermagem.....	28
2.3	Os Primeiros Encontros com as Profissionais de Saúde	29
2.3.1	Breves esclarecimentos acerca da Saúde Pública no Brasil.....	32
2.3.2	O Contexto Organizacional em um Hospital de Alta Complexidade	34
2.3.3	Profissão e o Profissional na Saúde.....	36
3	Gênero e Trabalho na Saúde: caracterização de um campo de atuação profissional	39
3.1	O “feminino inferiorizado” nas Práticas Profissionais no Campo da Saúde	42
3.1.1	“Ninguém gosta de ser chamada atenção!”.....	48
3.2	Contextualizando o Trabalho das Profissionais de Enfermagem	50
3.3	O Mercado de Trabalho no Campo da Saúde: Desigualdades de Gênero nas Práticas Profissionais da Saúde	52
3.3.1	Inclinações Profissionais: Percepções das Auxiliares de Enfermagem em um Corredor Hospitalar.....	54
4	O Corredor do primeiro andar: práticas profissionais, poder e hierarquia	58
4.1	Percepções das Profissionais de Saúde sobre o Trabalho dos Médicos	61
4.2	As Práticas Profissionais no Espaço Social do Primeiro Andar	64

4.3	Negociações entre os Profissionais de Saúde no Corredor do Primeiro Andar.....	69
4.3.1	Adensando a Reflexão sobre os Significados da Troca de Plantões.....	72
4.4	Relações de Hierarquia Funcional entre Enfermeiras e Auxiliares de Enfermagem.....	76
4.4.1	Os Discursos das Profissionais de Saúde acerca dos Isolamentos.....	81
4.5	A Circulação de Informações entre os Profissionais de Saúde da Classe Mais Privilegiada para a Menos Privilegiada.....	86
4.5.1	Percepções das Auxiliares de Enfermagem acerca dos Serviços Gerais.....	90
4.6	Relações de Hierarquia entre as Profissões: Liderança e Subordinação.....	94
4.7	Os Significados do Jaleco.....	97
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
	PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ALGUNS IMPASSES EM UM AMBIENTE DE EMERGÊNCIA.....	103
	REFERÊNCIAS.....	106
	APÊNDICES.....	109

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como centro de seu desenvolvimento a conexão entre profissionais de saúde, práticas profissionais e relações hierárquicas. Inicialmente é preciso colocar que a investigação se centrou no trabalho executados por mulheres de um hospital de emergência em Maceió, Alagoas. A investigação se desenvolveu entre setembro de 2011 a agosto de 2012.

É importante mencionar que as situações trazidas pela investigação foram perpassadas por diversos tipos de interações entre profissionais de saúde e ambiente hospitalar. Muitas dessas interações demonstraram questões como desvalorização profissional, relações hierárquicas (enfermeira x auxiliar de enfermagem), submissão ao contexto de estar em um ambiente de ‘emergência’, exclusão de outros tipos de relacionamentos extraprofissionais, conflitos de interesses, jornadas de trabalho, baixos salários, negociações (troca de plantões), inclinações profissionais, dentre outros temas que também foram de alguma maneira apontados pelas falas das interlocutoras.

Diante das transformações do mundo do trabalho que o século XXI trouxe com mais veemência, ainda não se pode falar em igualdade de gênero. As profissões do campo da saúde continuam a implicar em práticas que ora dão exclusividades ao sexo masculino e ora ao sexo feminino. Um exemplo dessa separação profissional de homens e mulheres é o ofício da Medicina e da Enfermagem. A persistência em conjugar práticas profissionais para mulheres e para homens eclode em um processo de desvalorização das profissões, principalmente aquelas que historicamente foram designadas às mulheres, como é o caso da Auxiliar de Enfermagem, da Técnica de Enfermagem, dentre outras funções no campo da saúde.

Durante a pesquisa de campo busquei entrevistar mulheres de profissões que me remetiam uma profunda reflexão acerca das suas práticas profissionais. O meu objetivo era compreender como elas se expressavam bem como percebiam o ambiente de emergência no qual estavam inseridas. Nesse percurso de idas e vindas ao hospital pude perceber que as relações entre as profissionais de saúde, muito além das distrações, brincadeiras, amizades constituídas entre todos, eram relações em si tensas.

Tentei fugir de uma caracterização do hospital e do campo da saúde em Alagoas como um ‘cenário caótico’ como é divulgado nos meios de comunicação e falado pelos corredores do hospital. Entretanto, a sensação de estar inserida em um ambiente desconfortável, onde não se sabe ao certo quanto tempo a mais poderia suportar estar ali dentro, na maioria das vezes

em pé, entrevistando as profissionais enquanto atuavam em seus afazeres cotidianos, desnudava para mim um campo (no sentido bourdieiano) de muitas interações, onde era necessário estar preparada para qualquer eventualidade.

As situações novas que surgiram durante todo um ano que estive frequentando o hospital, foram fundamentais para entender as nuances que envolvem estudar uma dada realidade, fazendo ao mesmo tempo parte dela. Uma dessas situações foi não ter conseguido entrevistar os médicos e os prestadores de serviços gerais, formalmente estes últimos. Tive, assim, que compreender as suas práticas profissionais e interações, sob o ponto de vista das auxiliares de enfermagem, que sempre pontuavam situações que envolviam esses profissionais, inclusive identificando-os a partir de expressões bastante peculiares - cabras, cidadãos e passeadores.

As interlocutoras que colaboraram com a pesquisa, são profissionais de saúde do HGE – Hospital Geral do Estado de Alagoas. Nos primeiros meses, convidei profissionais de saúde do térreo e do primeiro andar para participar da pesquisa, mas somente com algum tempo determinei o corredor do primeiro andar como um espaço social propício para a investigação.

Quanto às enfermeiras, apesar de ter conseguido estender o convite a todas que eu pude encontrar no primeiro andar, apenas três profissionais se dispuseram a colaborar durante toda a jornada investigativa. Ter essa colaboração não foi fácil, porquanto tive que contar com muitos encontros frustrados, ora pela troca de horários, ora pela quantidade de trabalho do turno e, ora pelos imprevistos no momento do diálogo. Mesmo assim, as três colaboradas transmitiram para mim suas percepções que serão apresentadas no desenvolvimento do texto. Dessa forma, os contatos mais colaborativos surgiram a partir das auxiliares de enfermagem.

Diante de algumas escolhas que tive que fazer desde quando optei em investigar ‘as profissionais de saúde de um hospital público de emergência’, uma escolha fundamental foi ter abraçado o “corredor do primeiro andar”, composto por alas e compreendendo todo espaço de internação. Esta opção implicou em uma intimidade estreita com este campo e as profissionais do mesmo. Desde cedo, quando cheguei ao hospital, compreendi que embora o ambiente fosse fértil, eram muitas as dificuldades para acompanhar as profissionais, sempre articuladas ao tempo escasso dessas e a correria de suas rotinas de trabalho.

Desse modo, busquei alguns estudos que trabalhassem a temática de “gênero e saúde”, mais na perspectiva das práticas profissionais e dos trabalhadores da saúde, que em uma visão da doença ou do doente. As leituras feitas sobre o processo de medicalização me proporcionou aprofundar questões que eu, até então, não sabia traduzir, quando em campo me confrontava com o que observava e o que escutava das interlocutoras. Outras leituras acerca

da sociologia do corpo, da saúde e do trabalho, o resgate de algumas discussões como a do ‘sanitarismo’, da política de saúde do país, do sistema único de saúde, propiciou-me um olhar diferenciado ao que lia e via.

A perspectiva construtivista de Bourdieu (2007) foi adotada como um importante aporte da análise desenvolvida. Para o desenvolvimento da investigação foi igualmente importante para a captura das relações estudadas, todavia o papel da perspectiva etnográfica assumida. Nesse sentido exprime Geertz (1989, p.29):

O etnógrafo inscreve o discurso social: ele o anota. Ao fazê-lo, ele o transforma de acontecimento passado, que existe apenas em seu próprio momento de ocorrência, em um relato que existe em sua inscrição e que pode ser consultado novamente.

Essa forma de se fazer pesquisa, muitas vezes, confunde as pessoas que têm desconhecimento desse método. Foi dessa forma que diversas vezes percebi olhares curiosos ao perceberem minha presença no corredor. Geralmente, chamava atenção o fato de “estar ali”, observando, anotando, dialogando com profissionais, grosso modo, eu semanalmente tinha encontros com as informantes.

A presente dissertação está composta por três capítulos, além dessa introdução de um capítulo de considerações finais. No primeiro capítulo apresentarei o campo da pesquisa (a formação da instituição, divisões espaciais – áreas e alas; contexto organizacional dos níveis de complexidade etc.) e suas interações. Falo sobre a escolha e os percursos trilhados para chegar até o mesmo e as profissionais de saúde: Quem são? Onde estão? E quais são suas percepções? Trato também, dos meios utilizados para me aproximar delas, bem como da experiência vivida por mim em uma clínica privada da capital, onde inicialmente tentei fazer a pesquisa. Abordo também à luz de alguns autores a situação das desigualdades regionais do Nordeste, enfatizando o Estado de Alagoas e o Município de Alagoas onde se realiza a pesquisa.

No segundo capítulo retomo algumas reflexões sobre “Gênero e Trabalho na Saúde”, apresentando as percepções das profissionais de saúde sobre alguns aspectos da divisão sexual do trabalho e práticas profissionais. Analiso alguns dados trazidos pelo Manual de Ocupações em Saúde do Ministério da Saúde, como caracterização do que está sendo apresentado. Em seguida, destaco o mercado de trabalho no campo da saúde, demonstrando como a ideia de inferioridade na constituição da natureza feminina, foi um dos fatores que implicou em práticas profissionais desiguais de homens e mulheres. No encerramento do capítulo trago

uma discussão acerca da profissão de Enfermagem articulada às percepções das profissionais de saúde acerca de suas “inclinações profissionais”. É preciso destacar que esse capítulo é determinado pelos diálogos travados nos setores de enfermagem do corredor do primeiro andar.

O terceiro capítulo foi escrito com a proposta de caracterizar o contexto o qual estava inserida. Para isto fiz uso das categorias de Bourdieu (2007), *habitus, campo e espaço social*. A discussão que trago aqui é acerca das percepções das Profissionais de Saúde no corredor do primeiro andar do Hospital Geral do Estado de Alagoas. É também necessário informar que este é o capítulo que marca a minha investigação, especialmente, porque são descritos diversos episódios, onde na maioria das vezes as informantes são as auxiliares de enfermagem.

Neste capítulo também dei maior destaque às vivências das profissionais, priorizando suas falas em diversos contextos. As interações entre profissionais e práticas profissionais e as relações hierárquicas, puderam ser apresentadas aqui ora como conflituosas e ora como mera representação de poder. Alguns pontos de destaque neste capítulo foram “os significados das trocas de plantões”, “a circulação de informações entre as profissionais de saúde da classe mais privilegiada para a menos privilegiada”, “os significados do jaleco” dentre outros. Essas são algumas discussões dentre tantas outras que poderia elencar em um ambiente tão fértil e favorável à pesquisa etnográfica.

Nesse sentido, ao final de todos os capítulos, proponho uma discussão reflexiva acerca dos temas que foram abordados durante todo texto. Considerando os discursos destacados pelas profissionais de saúde como a realidade vivenciada por elas em seus contextos profissionais.

2 Um estudo etnográfico das Práticas das Profissionais de Saúde: os primeiros passos em campo

Este capítulo tem como objetivo demonstrar os percursos investigativos que foram trilhados, desde o primeiro momento em que adentrei o HGE, até os contatos iniciais com as profissionais de saúde. Este caminho inclui as entrevistas com as profissionais de saúde em uma clínica privada da capital que embora não tenha sido incorporadas na análise final do trabalho, foram importantes para alcançar a particularidade das “práticas profissionais e as relações hierárquicas” com as trabalhadoras da saúde no hospital investigado.

Para articular os diversos caminhos trilhados até ter as primeiras entrevistas levou certo tempo. Assim, compreendendo as profissionais de saúde, como mulheres revestidas de histórias de vida, vivências, experiências profissionais e pessoais, nasceu em mim uma curiosidade de percebê-las em um ambiente de emergência.

Passados sete meses em campo, aparentemente sem muitas mudanças, percebi que o tempo que dediquei a anotar, fazer observações e entrevistas a algumas profissionais de saúde de várias profissões, dentre elas fisioterapeutas, enfermeiras etc., proporcionou-me um contato mais próximo com as auxiliares de enfermagem. Não sei bem ao certo, o momento em que surtiu esse encorajamento: de explorar um ramo profissional dentro de um universo tão vasto e promissor intelectualmente *que é um hospital público de emergência*. Talvez pelo número maior de entrevistadas, ou talvez pela resposta dada a minha presença constante naqueles corredores. De uma forma ou de outra, cresceu entre a pesquisadora e as auxiliares de enfermagem uma comunicação mais visível, viabilizando a anotação de fatos e situações de forma mais focada e descritiva. O *feedback* com o grupo de profissionais desta profissão no primeiro andar foi desde o primeiro momento mais colaborativo.

Mas encontrei dificuldade, inicialmente, para adentrar no hospital. Ora contava com a sorte, ora contava com conhecidos (as), mas na maioria das vezes obtive êxito, apesar de alguns constrangimentos (como por exemplo, mostrar a minha bolsa etc). Vale ressaltar que estes fazem parte da rotina por lá. Outra questão era furar a pressão dos olhares curiosos, principalmente, dos vigilantes que não sabiam exatamente o que eu fazia por lá, se eu era profissional da saúde, estudante, estagiária ou acompanhante de algum paciente. Esses olhares me cercavam do primeiro instante que eu chegava para encontrar as minhas interlocutoras até minha partida, que necessariamente tinha que passar pela mesma porta.

Por alguns momentos, no início, notei que não havia um retorno do meu entusiasmo com as profissionais de saúde, as quais eu estava incansavelmente buscando entrevistá-las.

Acredito que pela dinâmica de ser um hospital público de alta complexidade, as profissionais de saúde não demonstravam ser solícitas com a pesquisa e a pesquisadora, principalmente, quando percebiam que as perguntas não eram tão objetivas.

Muitas vezes ao me aproximar de alguma profissional de saúde do primeiro andar, precisava acompanhá-la uma tarde inteira, para que só assim ela se sentisse segura a tratar de outras questões relacionadas ao campo. No geral, essa ‘tática’ de acompanhar a profissional em um período de trabalho, me deixava ansiosa e cansada ao mesmo tempo. Cheguei a esperar horas, até então ser notada por elas. Mas trouxe ao final, uma troca de confiabilidade, característica fundamental para o desenvolvimento da etnografia.

Conforme observei acima, uma das tentativas de dar início à pesquisa se deu em uma clínica privada, onde interagi com as profissionais de saúde buscando conhecer suas práticas profissionais. Nesse primeiro momento percebi que havia uma espontaneidade dessas profissionais em colaborar com a pesquisa. Apesar da disponibilidade das interlocutoras conciliando meus interesses etnográficos com os horários de uma médica e uma auxiliar de enfermagem o ambiente não compreendia meus anseios etnográficos naquele momento, em função das próprias características da clínica, focada em ações clínicas, distante do ambiente de alta complexidade que encontraria no HGE.

No entanto, a experiência que obtive foi fundamental para compreender a forma pela qual as relações que se davam no hospital público diferiam das que aconteciam na clínica privada. Embora eu tivesse entrevistado profissionais de saúde na clínica e também no hospital, as dificuldades e as riquezas encontradas por mim no hospital público, frutificou em mim uma curiosidade que foi determinante na escolha do campo.

Embora, o *feedback* tenha sido positivo na clínica privada, percebi que os interesses eram distintos. Não que tivessem que serem iguais, mas o caráter privado ligado intrinsecamente ao financeiro foi percebido pela pesquisadora. E o fato que culminou foi um evento inesperado na clínica, em que a médica administradora quando em entrevista, dedicou seu tempo a exaltar “o sentimento de empreender em uma empresa de sucesso”, sendo contra uma notícia que estava sendo veiculada pela mídia local naquela semana. Não vejo problema nenhum em defender o seu empreendimento. A questão é que a quantidade de tempo dedicado a este campo por mim, levando em conta as entrevistas antecipadamente marcadas e não correspondidas pelas interlocutoras, terminavam por não me fornecer dados que favorecessem o objeto estudado.

Busquei então utilizar a experiência da clínica privada como impulso para o aprofundamento da pesquisa hospital público. Tinha guardado nos meus dois diários de

campo, material que me fornecia suporte para optar entre um campo e outro. E, apesar de sentir-me angustiada em compreender que a clínica não mais me dava suporte para o estabelecimento de contatos que estava edificando, dediquei-me exclusivamente em ir com mais frequência ao hospital público.

Essa opção apresentou alguns pontos positivos. Em primeiro lugar, o contato que havia sido travado no hospital público na etapa inicial da “suspeita do objeto”, tinha rendido um amparo solidário entre a pesquisadora e as profissionais entrevistadas; em segundo lugar o levantamento dos dados socioeconômicos das entrevistadas, deixou-me mais confortável para a decisão do recorte etnográfico; em terceiro lugar consegui manter alguns laços no ambiente com algumas profissionais de saúde, acesso este que me permitiu (posteriormente) ampliar o número de contatos; por fim, um universo menor a ser investigado, facilitou a abertura comunicativa entre a pesquisadora e as entrevistadas no HGE, deixando para trás o roteiro semi-estruturado utilizado no início da pesquisa.

Dessa maneira, manteve-se unicamente o universo das Auxiliares de Enfermagem do primeiro andar do Hospital público. Conteí com informações fundamentais de dois funcionários do térreo, que auxiliaram a compreensão do pronto-atendimento. Mais tarde, já inserida por inteiro no campo, consegui travar alguns contatos com as enfermeiras.

Passado algum tempo de investigação, optei em centralizar os olhares nas auxiliares de enfermagem do primeiro andar e seguindo o rol das interações que travavam no primeiro andar. Pensando acerca da importância de estudar a partir das ações cotidianas das profissionais de saúde, utilizei-me da observação participante e, principalmente, das entrevistas descritivas, procurando fazer uma análise dos discursos dessas trabalhadoras, buscando suas percepções no contexto social onde se inserem.

Ainda que a pretensão da pesquisadora fosse investigar as relações travadas entre as profissionais de saúde e o espaço social, é importante enfrentar a possível limitação de reduzir as observações feitas ao âmbito de trabalho, dada a própria limitação da investigadora em conseguir, apenas, entrevistas no ambiente laboral. Reconhecida essa característica do campo, busquei fazer com que as conversas se estendessem a outras esferas de suas vidas e assuntos como metas de vida, programas de lazer nos dias de folga, filhos, qualificações, concursos, tristezas etc., foram ao longo dos encontros citados pelas interlocutoras.

Dessa maneira, pensei: “Como fazer etnografia das práticas profissionais e relações hierárquicas sem cair na ideia do “caos” e nas manifestas “críticas” acerca da prestação de serviços de um hospital de emergência?”, “Como investigar um departamento em meio a uma estrutura hospitalar com tantas funções?”, “Como dar definições sem falar em verdades e

realidades em um ambiente tão rico e complexo?” e, finalmente “como ser socióloga em um ambiente de emergência?”.

2.1 Um Grande Desafio: Ser Socióloga em um Ambiente de Emergência

Fazer um relato acerca das relações hierárquicas de trabalho em um hospital de emergência se constitui em um grande desafio. Para viabilizar este objetivo optei por fazer um recorte das experiências de mulheres que trabalham na saúde nas alas de internação localizadas no corredor do primeiro andar. Nesse esforço de delimitação, encontrei nas profissionais de saúde auxiliares de enfermagem e enfermeiras o recorte etnográfico que viabilizou a construção do presente tópico.

Antes de adentrarmos nesse cenário das relações profissionais e hierárquicas, ofereço uma visão geral do hospital, onde a pesquisa foi realizada, principalmente, quanto à divisão espacial de atribuições e finalidades. Desde já, atento que a forma adotada por mim para conhecê-lo foi, além das observações, as informações transmitidas, por meio de entrevistas concedidas pelas enfermeiras e, principalmente pelas auxiliares de enfermagem que exercem seus ofícios no corredor do primeiro andar.

Compreendendo suas impressões e a maneira pela qual fazem uso das interpretações de suas rotinas dentro de um ambiente hospitalar de alta complexidade, busquei contextualizar suas falas tendo como horizonte as relações hierárquicas que são cotidianamente travadas em um espaço social de trabalho. Nesse sentido, foi a partir das interações desnudadas no corredor do primeiro andar pelas profissionais de saúde, aliadas às suas compreensões de suas práticas profissionais ou de trabalho, que minha investigação se desenvolveu naquele espaço.

Para dar conta de conhecer o cenário onde a pesquisa se desenvolveria, comecei pelo térreo do HGE onde, além dos relatos das entrevistadas, pude contar com informações de outros profissionais. Entre esses outros profissionais, estavam dois funcionários da administração do hospital que chamarei de “atendente A” e “atendente B”. A opção em começar pelo térreo se justifica pela estrutura do próprio hospital, pois é a partir da porta de entrada do mesmo que a dinâmica do campo se inicia. Narrarei a seguir o meu contato inicial na recepção do hospital.

Chegando ao hospital, ao passar pelo “fogo cruzado” da vigilância que se encontra na entrada, me dirigi à recepção de informação composta por dois funcionários e, após travar uma conversa informal com eles, descobri que esse era o setor responsável por transmitir

informações aos familiares dos pacientes que estavam internados. Além dessa atribuição, esse setor também encaminha os casos considerados clínicos, para a próxima recepção e, os traumas (aqueles que são considerados casos graves sobrevividos de acidentes de trânsito, de arma de fogo etc.) para o atendimento imediato que se localiza na área vermelha. Sobre a disposição dos atendimentos do hospital que, denota na divisão em áreas, irei tratar mais adiante.

A recepção de registro, por sua vez, tem a função de encaminhar os casos que chegam ao hospital para o atendimento. É também a responsável por gerar um número de prontuário para cada doente que lá dê entrada. Geralmente, conforme o atendente A que trabalha neste setor: “São os próprios usuários, familiares, ou motorista de ambulâncias que trazem os pacientes”. Continuando ele destaca: “(...) chegando aqui, eu faço um prontuário, imprimo e entrego na mão do paciente”. Em seguida, ele revela que pede para os doentes (ou acompanhantes) dirigirem-se para a central de triagem, que é uma sala com duas profissionais de enfermagem (uma enfermeira e outra auxiliar de enfermagem), conforme o atendente A: “(...) se elas entenderem que seja caso para aqui (o hospital), aí elas enviam o paciente para o consultório da clínica médica”.

Posteriormente, tentando demonstrar seu processo de trabalho, por meio de gestos, ele vira a tela do computador para mim e fala: “Olha eu só sou um auxiliar de administração, faço trabalho burocrático, mas olhe o que eu estou lhe dizendo é que se for problema de osso, eu mando para o cara careca ali, tá vendo ele?”. A atendente B que estava ao lado do atendente A, completou sua explicação dizendo: “Se for problema de fratura muito séria, muito exposta e com dor vai ser aqui, se não, não vai ser aqui”.

O fato acima elucidado pela atendente B se refere ao processo de focalização do atendimento em saúde nos grandes hospitais de emergência, principalmente, para aqueles localizados nas capitais. O entendimento passado pela interlocutora é que pequenos problemas, como “algumas doenças menos graves”, “coisa que não precise de tudo isso”, não necessita buscar atendimento em um hospital de alta complexidade. Segundo ela: “(...) se a pessoa chega aqui dizendo que está com a garganta doendo, tossindo, espirrando etc. As enfermeiras dali mandam voltar pra cá, para a gente mandar a pessoa procurar um posto de saúde do bairro”. Essas questões estão previstas pela Lei 8.080/1990¹ que regulamenta o SUS, principalmente no que concerne aos seus princípios basilares.

¹ A LOS - Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) - determina que a gestão, as ações e os serviços do SUS sigam certos princípios estruturantes e que estejam de acordo com as diretrizes previstas pela Constituição Federal para a política de saúde brasileira, segundo Moreira e Escorel (2009, p.797).

O Pacto pela Saúde de 2006 traz a consolidação do SUS e aponta especificamente aos aspectos relacionados à distribuição de finalidades das redes de atendimento à população pelo SUS. Neste sentido considera: “(...) o art. 7º da Lei nº-8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo”. O Pacto pela Saúde divide-se em: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A importância desse pacto se faz na medida em que situações como as explicitadas na fala da atendente A, são rotineiramente repetidas determinando na promoção de uma visão geral de “caos” do hospital de emergência, tendo em vista a situação de desigualdade social do estado alagoano e as disparidades de concentração de renda regionais, esse Pacto:

(...) parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Considerando esses breves apontamentos do Pacto pela Saúde de 2006, prossigo com a fala do atendente A que continua discorrendo sobre suas atribuições: “O que acontece é que um funcionário (profissional de saúde) que não é médico, muitas vezes, quer dar uma de médico e enfermeiro sem entender essas coisas”. Esse ponto tocado pelo interlocutor é importante na investigação, pois as referências ao comportamento dos “médicos”, em especial, aos homens médicos, compuseram várias narrativas ao longo da pesquisa.

Na tarde em que obtive as entrevistas dos atendentes A e B na recepção de registro, pude presenciar oito entradas de pacientes. Esses se referiam a problemas diversos, desde os clínicos a fraturas. Percebi também, que a maioria desses usuários vinha com transferência de municípios vizinhos em busca de pronto-atendimento nesta capital, alguns municípios foram: Cajueiro, Porto de Pedras, Maragogi, Santana do Ipanema e outros. Levando em consideração as falas dos atendentes, “não há como culpar os municípios, pois eles não possuem estrutura suficiente para atenderem seus doentes”. Isto leva à prática do encaminhamento diário de pessoas doentes para o Hospital Geral do Estado, conforme o atendente A.

A esse respeito confere o Pacto pela Saúde de 2006:

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos

de gestão que visam alcançar maior efetividade, **eficiência** e **qualidade de suas respostas** e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. [Grifo nosso]

Diante da fala do interlocutor sobre não culpar os municípios pela falta de estrutura nos atendimentos à comunidade segue o pacto reafirmando a política de atendimento do SUS e situando os instrumentos de gestão com maior redefinição das responsabilidades dos gestores (federal, estadual e municipal), em prol da oferta de um serviço mais equitativo.

Com relação à caracterização das pessoas que buscam a recepção de registro, a atendente B apresenta a sua interpretação: “Olhe aqui aparece de tudo, muita gente precisada mesmo, que a gente percebe pelas roupas, muitas não falam corretamente, essas coisas que a gente tem que ver (...)”. A atendente B em suas falas ressalta reiteradas vezes, sobre a pobreza e o fato do atendimento ser estendido a outras cidades dos usuários do serviço público ser um dentre outros fatores o que causa a superlotação do maior hospital de urgência e emergência do Estado de Alagoas.

Neste gancho, já em meio a uma conversa travada o atendente A fez questão de falar que não precisava fazer uso do “SUS”, “do público”, dizendo: “Eu sou cliente do plano de saúde (...), lá é facilitado, quando eu chego lá não tem intermediário não, aqui eu sou o intermediário”. Em seguida ele aponta para alguns pacientes que se encontravam deitados em macas nos corredores, como se quisesse provar o que estava dizendo. O papel de intermediário que ele relacionou a sua prática profissional era “do próprio processo de atendimento que é dado desde a chegada do doente na entrada do hospital até a efetivação de seu atendimento”. Ele continua explicando: “(...) aqui a pessoa chega e passa por aquilo tudo e, depois retorna novamente para aqui.”. Logo ele aponta para uma mulher que eu já tinha observado ele fazendo o prontuário de um doente que a mesma estava acompanhando. Destarte, ele não demorou em mostrar para mim que ela não tinha resolvido seu problema e que por isso logo iria voltar para o balcão de atendimento, local onde nos encontrávamos.

O paradoxo que ele tentou fazer do serviço público e do privado foi uma adaptação à sua realidade. E também tem refrações em um discurso alimentado culturalmente, de que *“tudo que é público não presta e tudo comprado é melhor”*. Entretanto, esse não é um discurso novo e que termina por mascarar as condições econômicas que as pessoas que moram em determinada região possuem. A política de saúde brasileira vem aprimorando a incorporação de questões regionais na viabilização do atendimento de saúde pelos municípios.

Vou tratar da saúde pública no estado brasileiro, frisando dois princípios fundamentais do modelo implantado pelo SUS que é a regionalização e a descentralização.

O que quero demonstrar não se controverte em falar mal e nem de fazer apontamentos aleatórios dos problemas relacionados ao Sistema Único de Saúde e nem do hospital em questão, mas investigarmos como as práticas de trabalho das profissionais de saúde no corredor do primeiro andar se estruturam dentro de uma dimensão particular que é a hierarquia funcional do hospital, tendo como eixo as falas das próprias profissionais de saúde.

2.2 O Hospital Geral do Estado de Alagoas

O Hospital Geral do Estado de Alagoas Prof. Oswaldo Brandão Vilela (HGE), foi inaugurado no dia 16 de setembro de 2008, nasceu da junção do antigo Hospital Escola Dr. José Carneiro (HEJC) e a Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (UE). O HGE veio com o objetivo de proporcionar um atendimento humanizado aos pacientes, principalmente de urgência e emergência, visando à diminuição da fila de espera por atendimento.

Atualmente o Hospital Geral do Estado de Alagoas conta com 278 leitos, o que demanda um número específico de profissionais de saúde para o alcance dos atendimentos. Quando concluída a reforma o hospital disponibilizará segundo previsão da Secretaria Estadual de Saúde - SESAU de 410 leitos à população, dos quais, 50 serão de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Antes da junção a Unidade de Emergência disponibilizava 149 leitos, dos quais 15 eram de UTI e o HEJC 108 leitos de enfermaria. A importância de trazer esses dados se relaciona ao fato de que os profissionais de saúde que antes trabalhavam na Unidade de Emergência e no Hospital Escola José Carneiro, foram remanejados a partir do ano de 2008 para o novo complexo hospitalar, isto é, o HGE. Época também em que a gestão do governo estadual lançou dois editais de concurso público no âmbito da saúde, com vistas a suprir no novo hospital a mão de obra efetiva para o trabalho de atendimento a população. Portanto, foram contratados novos profissionais da saúde desde médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiras aos assistentes administrativos. Esse concurso público também deu a possibilidade do profissional de saúde acumular dois cargos em saúde. Por isso quando foi lançado os editais o profissional de saúde poderia optar em ter somente um vínculo SESAU ou UNCISAL, ou acumular os dois vínculos, caso fosse aprovado nas duas provas.

Dessa maneira, o Hospital Geral do Estado supriu a demanda de profissionais, na época, com o remanejamento do pessoal dos antigos hospitais (UE e HEJC) e com o preenchimento de vagas por meio do concurso público feito no mesmo ano. De 2008 até pouco tempo algumas contratações temporárias foram realizadas no Hospital Geral do Estado, contratando profissionais de várias áreas: assistente social, médicos especialistas, copeiros, enfermeiros, auxiliares de enfermagem entre outros. Analisando os últimos editais, percebi que houve um número maior de vagas para profissionais de saúde da área de auxiliar de enfermagem. Nas contratações temporárias também são exigidos requisitos mínimos, como experiência na área em que se almeja ser contratado. Para as contratações o profissional deve apresentar o currículo profissional, comprovar titulação e experiência profissional na área que concorre. Segundo as profissionais de enfermagem no hospital investigado, essas contratações ocorrem constantemente, geralmente, ligadas a contratação dos profissionais de medicina. As informantes também comentaram que certos contratados, não passaram pelo devido processo legal da contratação. Para algumas profissionais mais experientes, trabalhar com pessoas que não possuem estabilidade na função, desestabiliza a equipe de trabalho.

As profissionais de saúde também mencionam que alguns profissionais de saúde do hospital, principalmente, médicos desistem com poucos meses de contratados e, por não serem efetivos saem repentinamente do hospital, o que acarreta uma sobrecarga para os profissionais de saúde que ficam assumindo toda a demanda do serviço público.

Para a compreensão das práticas profissionais das trabalhadoras da saúde é preciso ter um olhar nos acontecimentos gerais que envolvem o hospital, no qual estão inseridas. O HGE tem uma política de atendimento que vislumbra atender não somente os moradores da capital Maceió, mas também advindos dos 101 municípios que comporta todo Estado alagoano. A antiga Unidade de Emergência Dr. Armando Lages (UE) foi inaugurada em 1979 e tinha na época 180 funcionários. Atualmente, a atual coordenação geral de Enfermagem do HGE, não consegue estipular um número definido de profissionais de saúde que atuam direta e indiretamente no hospital unindo as contratações temporárias. Desde a sua instalação em 2008, até hoje em dia o hospital continua passando por reformas.

As questões apontadas neste tópico inicial serão desenvolvidas ao longo do texto e, sempre que possível serão divididas em tópicos e subtópicos para uma melhor apreensão. Outros contextos também serão demonstrados, especialmente no capítulo em que apresentarei o espaço social do Corredor do primeiro andar por meio das percepções das profissionais de saúde.

2.2.1 A Divisão espacial do Hospital em Áreas e Alas

Adentremos neste momento na disposição do hospital em áreas: azul, amarela e vermelha. A área azul é a mais movimentada, segundo os relatos, pois é para lá que são ‘levados’ os doentes com problemas dos mais diversos, desde casos clínicos, como uma *virose* até os casos não diagnosticados. Segundo a auxiliar de enfermagem Luana: “Sempre que eu falo lá embaixo, eu me dirijo pra azul, porque a maioria dos pacientes que vem pra gente aqui em cima, vem de lá”. Conforme dados da Secretaria Estadual de Saúde:

O hospital geral é separado por áreas: Área Vermelha, destinada a pacientes graves; Área Amarela, pacientes em observação, Área Azul, destinada a pacientes menos grave e a Área Verde, destinada aos pacientes internados. Ao todo são 15 mil metros quadrados de área física.

As falas que remeteram às áreas: amarela e vermelha sempre as uniam, contrariamente a área azul. Geralmente o discurso era pautado na ideia de que tanto a área amarela quanto a vermelha, atendiam pacientes com doenças mais graves. Por vezes, quando indaguei quanto à especificidade de uma ou de outra, obtinha a seguinte resposta: “A vermelha, ora, já tá dizendo que é vermelha porque é sangue”. De alguma maneira compreendi o que estavam dizendo, mormente, quando resolvi ir para o térreo levantar mais informações. Segui buscando informações acerca das áreas que compõem o hospital e compreendi que as áreas são as responsáveis pela assistência aos pacientes que precisam de atendimento emergencial, como as vítimas de acidentes de trânsito, de acidente vascular encefálico e casos de urgências clínicas.

Conversando com uma de minhas entrevistadas, acerca das possibilidades de obter mais informações sobre as disposições do hospital, Luana me falou: “Por que não busca as coordenadoras dos setores? Elas sabem do que acontece aqui com a gente, mas às vezes fazem de conta”. A partir dessa informação nova, cheguei à conclusão de que coletar dados técnicos das coordenadoras das áreas, não seria meu objetivo nesta condição. Senti-me, então, em uma missão um pouco arriscada e, que talvez não obtivesse as informações que procurava. Busquei ir de toda sorte até as auxiliares de enfermagem da própria área amarela. Considero que não foi uma tarefa tão fácil, pois lá, já era um ambiente mais fechado e, expressivamente, de casos graves.

Percebi que conversar com as profissionais de saúde no horário de trabalho seria naquele ambiente uma tarefa bem difícil. Mas não obstante as impossibilidades pude travar

um diálogo informal com uma auxiliar de enfermagem que foi apresentada a mim por uma de minhas entrevistadas do primeiro andar. Antes de encontrá-la, a profissional de saúde que me apresentou, frisou: “Lá é muito sangue que tem, assim, pacientes vítimas de acidentes de trânsito, coisa séria. Não sei se é ambiente pra uma moça como você”. Essa fala me deixou com algumas indagações, o que me permitiu refletir sobre a possibilidade de ir em frente ou recuar naquela ocasião. Mas naquele momento decidi prosseguir.

Não sei bem o que a profissional de saúde quis demonstrar com a sua fala, se foi uma insinuação, talvez por eu não participar daquele ambiente de emergência ou por não ser uma profissional de saúde. Outra questão também me fez refletir; “será que ela detectou em mim alguma fragilidade que me fizesse não suportar o ambiente para onde estávamos indo?”. Essa última indagação partia da premissa de que eu poderia não ter estrutura ‘psicológica’ para adentrar em um ambiente que comportava pacientes com um nível maior de gravidade que os que eu tinha observado no corredor da área azul.

Confesso que não cheguei a questioná-la, continuei descendo as escadas. Lá fui apresentada a uma informante, que não me pareceu favorável a falar muito. Entretanto, olhando firme pra mim, esperava que eu fizesse logo alguma pergunta a respeito do que eu queria. Senti-me, um pouco deslocada, porque a profissional de saúde que me apresentou foi logo embora e, portanto, estávamos ali em pé, no meio do corredor (confesso que cheguei a imaginar se realmente, conseguiria me manter em uma postura de pesquisadora, fazendo perguntas por muito tempo, mas na realidade, desde o primeiro dia em que pisei naquele campo, este foi o dia em que mais me sentira afetada por minhas impressões pessoais, embora, eu apenas quisesse algumas informações daquela área). Assim, tomei a iniciativa e perguntei: “Qual o papel da área vermelha para o hospital na visão de uma auxiliar de enfermagem?”, sem titubear me respondeu:

São para os atendimentos de urgências, os mais graves. Aqui a gente não para, o trabalho é intenso, temos UTI’s onde são levados os casos mais graves, às vezes daqui mesmo o paciente é transferido para outro hospital público ou particular e também para o IML, que fica aqui mesmo no próprio hospital.

Entendendo que, geralmente, quando era tratada sobre alguma questão referente às áreas do térreo, se falava bem mais na área azul, contrapondo as duas outras; a vermelha e a amarela, a questão que me instigava era saber se havia distinções entre a vermelha e a amarela, que pudessem ser consideradas. Obtive, de alguma maneira resposta a questão, mesmo sem o aprofundamento do assunto. Em outros momentos, quando passeava

explorando o campo, busquei encontrar a área amarela. Localizada mais ao fundo do hospital, entre a azul e vermelha, ela não tem especificamente uma placa ou uma sala de entrada não sendo o acesso fácil, pois a vigilância é ostensiva naquele corredor. O foco da área amarela são os doentes infecciosos e outros mais graves que, inicialmente, são levados para o corredor da área azul e que por não ter uma melhora no seu estado de saúde são levados para lá.

Pacientes que passam mal na área azul também são removidos para a área amarela, mas essas remoções não são livres. É preciso que um médico solicite a coordenação da área a necessidade de remover um doente para lá. Entretanto, mesmo com a solicitação médica a coordenação de enfermagem irá verificar a existência de leitos vagos. A área amarela e a vermelha são as áreas que ofertam para o doente mais recursos tecnológicos, haja vista, a concentração de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) do hospital.

Segundo informações passadas por uma auxiliar de enfermagem que certa vez, por não ter sido alocada em uma das escalas de trabalho do primeiro andar, assumiu um mês de exercício na 'amarela', disse: "(...) lá é uma área de transição para os doentes, ou para "ter alta" ou "subir", eu quando estive por lá, não tive problemas, mas acho aqui melhor, porque já tenho as pessoas de afinidade (...)". A profissional de saúde se refere ao corredor do primeiro andar, local onde são concentradas as enfermarias de recuperação intensiva dos doentes internados.

Embora meu foco se centre nas profissionais de saúde que trabalham no corredor do primeiro andar, vejo como meio de compreensão neste momento a exploração do hospital, em seus vários aspectos: espacial, hierárquico, demandas profissionais, atendimentos etc. O corredor do primeiro andar representa um departamento que só existe a partir do todo, de toda a estrutura que sustenta e que demanda suas funções. O hospital em si representa o espaço social, uma instituição global que delega para seus departamentos-subdivisões, suas funções específicas. Esses departamentos no HGE são representados pelas áreas azul, amarela, vermelha e verde, esta última área é o departamento central que dá sustentabilidade a toda estrutura. Para tanto, tive que percorrer os departamentos que são representados pelas áreas que se localizam no térreo (azul, amarela, vermelha) até, finalmente, alcançar as alas de internação que se localizam no espaço social do primeiro andar.

2.2.2 A Aproximação com o Primeiro Andar

Seguindo os passos traçados, previamente, pelas profissionais de saúde que aceitaram contribuir inicialmente com a investigação, depois de uma análise consentida pelas interlocutoras de suas escalas de trabalho, pude percorrer os espaços físicos do primeiro andar. No corredor do primeiro andar existe uma subdivisão da área (chamada de verde) em “alas” (são setores localizados no corredor hospitalar defronte as enfermarias, no primeiro andar, tem-se cinco alas: C, D, E, F e G) que corresponde também à distribuição das profissionais de saúde segundo as disposições de cada setor, isto é, para estas o setor de enfermagem. Cada ala possui um número fixo de profissionais de saúde por turno. Para cada ala, tem-se uma coordenadora do setor que é uma profissional de enfermagem. Há também para cada enfermaria que se localiza dentro do território das alas um número de auxiliares de enfermagem responsável pelas enfermarias. Com relação ao número de outros profissionais de saúde nas disposições das alas, dentre eles o profissional de medicina, não obtive dados.

Para cada função é designado um setor específico no hospital. Ou seja, as áreas surgiram com esta proposta de abranger certos serviços em sua jurisdição. O primeiro andar segue essa regra. Logo no início do corredor do primeiro andar que, corresponde entrar no hospital pela principal porta de entrada, dobrar a direita, subir a escada aparece em seguida, um setor de serviço social, uma sala de reuniões administrativas dos médicos, outra sala de nutrição e de terapia ocupacional. O restante do corredor compreende as enfermarias, uma sala de supervisão de serviços gerais e as disposições das alas.

Com cautela fui dia após dia percebendo até onde eu poderia ir com a investigação. Não pela autorização do hospital para a pesquisa, porque o tinha, mas porque se tornava um embaraço todas às vezes dar as mesmas satisfações. De toda sorte, contei com pessoas que sempre que possível me ajudavam a entrar no hospital. Os encontros, principais, foram mais ligados a minha exploração das áreas e alas do hospital que, verdadeiramente, conhecer as enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Mas uma coisa levou a outra. Conhecer o hospital e alguns profissionais do térreo, facilitou a minha chegada às profissionais de saúde do corredor do primeiro andar.

Todavia, depois de ocorridos alguns encontros no corredor do primeiro andar, a ala C se manteve como um ponto de apoio aos encontros entre a pesquisadora e as profissionais de saúde. Acredito que por geralmente encontrar alguma auxiliar de enfermagem ou enfermeira que já havia tido contato antes. Distintamente das outras alas, a ala C também é mais animada das alas, espaço onde são promovidos os amigos secretos de fim de ano, as festinhas diversas

das colegas de plantão, a comemoração dos aniversários, São João e outros temas a mais, que atraem os profissionais de saúde do corredor do primeiro andar a compartilharem momentos de gozo.

2.2.3 A aproximação com as Auxiliares de Enfermagem

Conhecendo mais das entranhas do hospital, conseguindo adentrar no espaço social do primeiro andar, iniciei as entrevistas com as auxiliares de enfermagem. As profissionais que entrevistei alegam ter uma ala fixa de trabalho, pré-determinada pelas coordenadoras de enfermagem das alas. No corredor do primeiro andar existe uma coordenação geral, denominada de “coordenação da área verde”. Assim, fazer uma etnografia das experiências de vida de algumas auxiliares de enfermagem, entendendo a política de saúde, mediante o SUS é um caminho preciso para compreendermos as suas vivências dentro do ambiente de trabalho.

Os convites para as trabalhadoras foram lançados conforme tinha oportunidade. Às vezes, as próprias entrevistadas convidavam outras para participarem. Desde o primeiro momento, em que pude sentar para dialogar com as profissionais de saúde, as quais aceitaram o convite, tive a percepção de que esperavam um questionário, do tipo: “coisa rápida”, onde pudessem marcar um X, assinar seus nomes e voltarem ao trabalho. Algumas diziam: “espere aí que já vou atender”.

Na tentativa de estabelecer alguns horários para iniciar as entrevistas com as profissionais de saúde, algumas diziam: “É preciso olhar a minha escala de trabalho” ou “Ah, preciso ver se não bate com o extra”. Depois de algum tempo, compreendi que as escalas de trabalho representavam um fator indispensável para a aceitação das profissionais de saúde a participarem da pesquisa, pois era necessário que o tempo dedicado às entrevistas não atrapalhasse seus horários.

Percebi também, que a maioria das entrevistadas possuía outra escala de trabalho, denominada pelas auxiliares de enfermagem e enfermeiras de escala “extra”. Desse modo, a união da escala de trabalho efetiva das profissionais de saúde com a escala extra, faz com que as profissionais de saúde trabalhem em mais de uma ala por semana e, também deem mais plantões noturnos. As trocas de plantões por negociações no corredor do primeiro andar é outro ponto que irei abordar em um tópico mais adiante.

As visitas aconteceram, majoritariamente, no ambiente laboral, algumas outras conversas na cantina que fica localizada no térreo (perto da área azul), dormitórios,

						?	momento?
Ana	54 anos	Médio	Solteira	1 filha	Em torno de 3.000,00	Não	Provedora
Deby	36 anos	Médio	Casada	2 filhas	Em torno de 2.000,00	Não	Provê junto com o marido
Idália	57 anos	Superior	Divorciada	4 filhos	Ganho o salário: 1.500,00	Não	Provê com um filho que mora com ela
Luan a	42 anos	Médio	Divorciada	1 filha	Em torno de 3.000,00	Não	Provedora junto com o pai dela
Maria h	51 anos	Médio	Solteira	2 filhas	Ganho o salário: 1.500,00	Não	Provedora
Maria na	38 anos	Superior, Enfermagem, com Pós-graduação	Solteira	—	Em torno de 3.000,00	Sim, outro hospital	Provedora
Nana	57 anos	Superior, Pedagogia	Casada	2 filhos	Ganho o salário: 1.500,00	Sim, numa escola	Provê com o esposo
Nilza	70 anos	Médio	Viúva	3 filhos	Em torno de 3.000,00	Não	Provedora
Syl	37 anos	Médio	Casada	2 filhos e grávida no momento	Ganho o salário: 1.500,00	Não	Provê com o esposo
Vivi	38 anos	Médio	Casada	2 filhas	Ganho o salário: 1.500,00	Não	Provê com o esposo

Fonte: Questionário aplicado as Profissionais de Saúde (2012).

Enfermeiras

Nome	Idade	Formação	União	Nº de Filhos	Renda mensal (em R\$)	Tem outro emprego ?	Quem provê o lar neste momento?
Enf.1	37 anos	Superior com especialização	Casada	2 filhos	4.000,00	Sim na área em outro hospital	Sou provedora
Enf.2	36 anos	Superior	Solteira	—	3.000,00	Sim	Sou provedora
Enf.3	57 anos	Superior	Divorciada	4 filhos	3.000,00	Sim	Sou provedora

Fonte: Questionário aplicado as Profissionais de Saúde (2012).

2) Profissionais de saúde do Térreo

Recepcionistas (Atendentes)

Nome	Idade	Formação	União	Nº de Filhos	Renda mensal (em R\$)	Tem outro emprego?	Quem provê o lar neste momento?
Atendente A	42 anos	Médio	Casado	2 filhos	622,00	Não	Provê com a esposa
Atendente B	58 anos	Fundamental	Divorciada	4 filhos	1.000.00	Sim	Prover sozinha

Fonte: Questionário (Apêndice A) aplicado as Profissionais de Saúde (2012).

Não houve um dia pré-determinado em que coletei todas as informações acima elencadas. Mas, a partir do momento em que eu conhecia a profissional de saúde, convidava para contribuir com a investigação no papel de minha interlocutora. No início recebi alguns “nãos”, pois as profissionais de saúde ligavam o termo pesquisa de campo a responder questionários quantitativos. Quando eu explicava que a pesquisa não terminaria em um questionário, algumas desistiram, pois, alegavam não ter tempo para me dar assistência suficiente no corredor do primeiro andar.

Como resultado dos primeiros encontros, consegui estruturar perguntas que efetivamente me aproximaram das profissionais de saúde que tinham aceitado contribuir com a pesquisa. Ressalto, também, que neste momento tive que ser persistente, pois muitas interlocutoras ainda faziam vistas grossas à minha presença em campo, que era constante nesse momento, o que me fazia pensar o que elas cogitavam a meu respeito: “Qual a intenção dessa estudante que fica aí observando, anotando e depois vem me escutar sobre assuntos comuns, do meu dia a dia de trabalho?”.

A resposta a essa minha inquietação veio surgindo com os meses em campo no âmago do amadurecimento de nossas relações. Isto é, na relação submetida entre a pesquisa, espaço social do primeiro andar, pesquisadora e entrevistadas. De toda sorte, destaco como frutos dos primeiros encontros o *feedback* positivo das interlocutoras, que foi admissível a partir da elaboração do referido roteiro.

Enfim, ao cabo das primeiras informações que consegui angariar em entrevistas classificadas por mim como “informais”, elaborei o perfil o qual denominei de “socioeconômico”, aplicado ao grupo de interlocutoras diretas que correspondem as Auxiliares de enfermagem e enfermeiras do primeiro andar e o grupo de interlocutores indiretos que são os Recepcionistas do térreo.

Com os relatos das entrevistadas, elenquei situações e questões mais relevantes para serem trabalhadas no percurso investigativo. Como a pesquisa se dá no campo da saúde e, especificamente, em um hospital de alta complexidade, tendo em vista, o modelo de saúde implantado no país por meio da institucionalização do Sistema Único de Saúde, analisei como fundamental na elucidação da pesquisa, iniciar com o tópico breves esclarecimentos acerca do modelo de saúde pública no Brasil.

2.3.1 Breves esclarecimentos acerca da Saúde Pública no Brasil

A política de saúde brasileira veio claramente definida com o advento da Constituição Federal do Brasil em 1988. Com a constituição, a saúde passou a integrar junto com a Previdência e Assistência Social a Seguridade Social, segundo o art. 194 da Constituição Federal: “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

No artigo 196 vem destacado que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Segundo Correia (2005, p.145), a Seguridade Social corresponde: “O sistema de proteção social assegurado pelo Estado, que pode ser mais ou menos abrangente, dependendo da conjuntura econômica, política e social de cada país”. Nos países desenvolvidos o sistema de proteção social expandiu com após os anos de 1945. As políticas sociais são a manifestação das intervenções do Estado para amenizar a questão social. Nesse sentido diz a autora (2005, p.146): “Nos países desenvolvidos, após a Segunda Guerra Mundial, instaurou-se um amplo sistema de proteção social denominado ‘seguridade social’, que passou a se constituir como a base do Estado de bem-estar, ou *Welfare State*”. Ainda segundo Correia o Estado de bem-estar social foi marcado por políticas de pleno emprego e pelo modelo fordista de produção, ou seja, marcado pelo consumo de massa. Com a gratuidade de serviços essenciais como; educação, saúde e assistência, o trabalhador pôde ficar com um salário mais livre. Entretanto na década de 70, o modelo fordista entra em falência. Cita a autora

algumas das crises (2005, p.147): “(...) crise de energia, a estagflação (estagnação da economia mais inflação), a crise fiscal do Estado, e o desemprego torna-se estrutural (...)”. Nesse período surge o neoliberalismo propondo uma política econômica de redução do papel do Estado, privatizando instituições públicas e reduzindo consideravelmente os gastos públicos. A mudança no padrão intervencionista do Estado implicou em mudanças no campo da Seguridade Social.

No Brasil não foi diferente, as crises nos países desenvolvidos contribuíram para as mudanças nas políticas internas do país, dentre elas a política de saúde. Na década de 20 com a lei Eloy Chávez (1923) foi instituído o sistema de proteção brasileiro. Com ele foi criada a Caixa de Aposentadoria e Pensão dos ferroviários, conforme Correia (2005, p.148): “A regulamentação estatal aumentou a partir dos anos 30, com a mudança do modelo agroexportador para o industrial (...)”. Entre os anos 1930 até 1960, a estrutura das instituições brasileiras foi caracterizada, como instrumentos de manipulação do poder governamental que vingava no país nessa época. Entre os anos de 1933 até 1938 as Caixas de Aposentadorias e pensões foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's. Esses dividiram os trabalhadores por áreas de atuação e davam a assistência direcionada. Em 1941 nasceu o Ministério da Educação e da Saúde, neste sentido explica Correia acerca do modelo campanhista (2005, p.155):

Durante a Primeira República, a atuação do Estado na área da saúde caracterizou-se pelo sanitarismo campanhista. Nesse período, foram criados programas de saúde pública de âmbito nacional; à frente da Diretoria Geral de Saúde pública estava Oswaldo Cruz. Esses programas desenvolviam ações de combate a endemias ou controle de doenças nas áreas de produção (...).

O projeto de Reforma Sanitária assumiu configurações distintas ao longo dos anos 1980 e 1990, segundo Mattos (2009), em sua origem três vertentes foram destacadas uma vertente originária da Saúde Pública centrada na doença, muito próxima da medicina das doenças infecto-parasitárias e dos modelos de intervenção norte-americanos, uma segunda vertente denominada de Medicina Preventiva tendo suas bases postas por Level e Clark nos Estados Unidos. De fato, aqui no Brasil, nos anos 70, surgiu também uma terceira vertente, a qual buscava retomar o ideário da Medicina Social, principalmente, após o advento da microbiologia (2009, p.774). Enfim, as trocas entre as três vertentes possibilitaram um projeto de consenso no seio da sociedade.

Durante o período de ditadura militar a partir de 1964, a relação entre o Estado e a sociedade ficou ainda mais complicada, pois não existia por parte do Estado nenhum interesse de abrir o governo à participação popular. Com a Assembleia Nacional Constituinte de 1977 a 1978 e por meio do engajamento dos movimentos sociais na cena política, diz Fleury (2009, p.744):

(...) as opções pelo fortalecimento das políticas públicas e construção das bases de um Estado do Bem-estar Social foram vistas como prioritárias, unificando as demandas dos setores mais progressistas. A construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social.

Foi somente a partir dos anos de 1980 que o Brasil reabre suas portas, até então fechadas pela ditadura militar e, põe a tona novas mudanças no campo das políticas de proteção social. Assim como prova desta abertura política surgiu a carta constitucional de 1988 priorizando princípios no campo da Saúde, ratificados no Título VIII Da Ordem Social, Seção I e II da Constituição Federal, em seus artigos: 194 (Seguridade Social), 195 (financiamento por contribuições sociais), 196 (saúde como direito de todos e dever do Estado), 197 (ações e serviços de saúde são de relevância pública), 198 (regionalizada e hierarquizada), 199 (assistência a saúde livre à iniciativa privada), 200 (Sistema Único de Saúde).

Investigar um hospital público de referência em emergência e urgência requer uma compreensão da política de saúde que rege o país. No Brasil a política de saúde segue um modelo pautado em um “Sistema Único de Saúde”. Destacarei como fundamental no tópico seguinte dois dos princípios que regem o SUS: a regionalização e a hierarquização em um contexto hospitalar de alta complexidade.

2.3.2 O Contexto Organizacional em um Hospital de Alta Complexidade

Com o passar dos anos, desde sua instituição nos anos 90, o sistema único de saúde foi estabelecendo uma divisão entre ações e procedimentos no campo do cuidado à saúde. Para tanto, em uma esfera, ficou concentrada a atenção básica e na outra as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. (CONASS, 2007).

Pensando em dividir atribuições os entes federativos concentraram suas forças em programar, principalmente, a atenção básica. Essa, segundo o Ministério da Saúde (Portaria

do Ministério da Saúde n. 648/2006): “(...) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Assim prevê nessa atenção primária, o contato mais direto com o usuário, por meio do PSF - “Programa da Saúde da Família”.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde n. 648/2006: “(...) a atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade”. Essa tecnologia de baixa densidade significa um rol de processos mais simples e de menos custos ao sistema de saúde, embora demande estudos de alta complexidade e profundo conhecimento empírico. (CONASS, 2007, p.16).

Já a média complexidade é segundo o Conass (2007, p.16):

(...) é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

Compreender a atenção básica e de média complexidade é fundamental para definirmos a alta complexidade, principalmente, no que corresponde ao contexto hospitalar de atendimento de urgência e emergência.

A Alta complexidade é definida pelo Conass como o (2007, p.18): “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)”.

Assim, a visão de muitos gestores a partir das definições das atenções do sistema de saúde foi, desde sempre fragmentária, como um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão, isto é, são os procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida. (CONASS, 2007, p.19).

Esta diferenciação também traz uma definição quanto às chamadas “redes de alta complexidade” (CONASS, 2007):

Há que se salientar, ainda, que o MS utiliza frequentemente em suas normas o conceito de “redes de alta complexidade”, enquanto a literatura sobre o assunto aborda redes como organizações sistêmicas que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos, manifestados no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, por meio de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua à população (...). (2007, p.19).

No material intitulado “Assistência de Média e Alta Complexidade” elaborado pelo Conass o uso preferencial é da terminologia “redes de complexidade” ao invés de utilizar-se de procedimentos de média e alta complexidade. Em nossa pesquisa utilizaremos ora redes de complexidade e ora o termo alta complexidade. Na investigação, o foco é trazer o contexto da alta complexidade, não importando a discriminação de terminologias.

A alta complexidade por ser um conjunto integrado de ações de saúde, requer dos profissionais de saúde um atendimento específico ao doente que chega aos pronto-atendimentos dos hospitais de emergência. Identificando como princípio da prática de trabalho, a questão da profissionalização e da formação geral de recursos humanos na viabilidade dos atendimentos nesses espaços de atenção a saúde. Faz jus, uma discussão mais geral, porém que aborde o tema da formação dos profissionais em saúde. Sendo assim, no próximo tópico, tratarei do conceito de profissão e também como esse passa a incorporar o contexto dos trabalhadores de saúde nos Estados brasileiros.

2.3.3 Profissão e o Profissional na Saúde

O tema dos recursos humanos tem aparecido nos debates acerca da política de saúde no país como um ponto nodal à chamada atenção em saúde. Os sistemas em saúde enfrentam grandes desafios relativos a aspectos quantitativos e qualitativos de distribuição e demarcação de profissionais com referência à formação profissional.

Na década de 1960 a 1970, a área de formação profissional passou por uma inflexão, isto é, o aumento do número de vagas no ensino superior, especialmente, entre 1965 a 1975 marcando a educação em saúde brasileira e também de outros países da América Latina, neste sentido diz Haddad:

A reforma universitária brasileira implementada no período resulta de um longo processo de discussão sobre a necessidade de uma nova configuração para o sistema educacional de terceiro grau, adequando-o a uma política “modernizante” com finalidades relacionadas à maior eficiência e produtividade e que aporte no aumento da clientela para esse tipo de formação. (2009, p.3).

A área da saúde foi demarcada por uma expansão dos debates que centravam atenções nos marcos populacionais e no número de médicos. Vale observar que essa época também foi marcada pelo impulso dado à formação de profissionais de Enfermagem, principalmente, os de Auxiliares de Enfermagem e Técnico em Enfermagem, respectivamente, nível fundamental e médio. Nesse momento medrava a política expansionista: “No período compreendido entre 1965 e 1970, foi autorizado o funcionamento de 33 novas escolas de medicina com subsídios governamentais”. (HADDAD, 2009, p.3). É importante destacar que a autorização dessas novas escolas foi, dentre outras coisas, graças às reivindicações dos médicos da época.

A política expansionista da área educacional vai com o passar do tempo reconfigurando o mercado de trabalho no campo da saúde que, ao invés de acompanhar as tendências expansionistas, vai trazer um previsível desequilíbrio entre “oferta e demanda”. Esse desequilíbrio vai provocar uma diminuição dos salários dos trabalhadores. Porém, os profissionais mais requisitados, como os médicos deram início à prática profissional no viés multiprofissional, encontrando espaço em outras direções no mercado de trabalho, conforme Haddad (2009, p.4):

O acúmulo de expansões de oferta e demanda, determinadas por lógicas individualizadas ou do setor educacional ou do modelo assistencial, vem acentuando desequilíbrios regionais tanto para a abertura de vagas para a formação como de postos de trabalho.

No plano da organização da saúde no Brasil, ainda vigora o paradigma entre visão biologicista e a visão da saúde como expressão de um padrão de bem-estar. As duas visões dividem adeptos, de um lado têm-se profissionais de saúde ligados a uma prática profissional influenciada pela centralidade da doença e, no processo de medicalização, tendo na figura do profissional médico sua hegemonia. A segunda visão é alçada na intersectorialidade e no empoderamento (*empowerment*) da população, conforme explicita Haddad (2009, p. 3).

Com relação às influências, tendências e modificações no mapeamento dos profissionais de saúde no estado brasileiro, pode-se considerar que houve no período de institucionalização da política de saúde brasileira um novo padrão de práticas profissionais

ligadas à promoção do cuidado em saúde que, o que vinha sendo adotado pelos regimes políticos anteriores a este período.

Em um plano recente a política de saúde introduziu novas modalidades da relação do Estado com a prestação de serviços em saúde. A inauguração de novos modelos assistenciais, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), no Brasil. Revela uma expansão do mercado de trabalho, ademais, um crescente desafio para a área de recursos humanos da saúde.

Feitas essas considerações, no próximo capítulo o objetivo é trazer a discussão a dimensão de gênero e trabalho na saúde contextualizando o percurso etnográfico.

3 Gênero e Trabalho na Saúde: caracterização de um campo de atuação profissional

Este capítulo tecerá reflexões sobre alguns aspectos da divisão sexual do trabalho para por foco nas experiências das mulheres trabalhadoras dos serviços de saúde. Analisando os contingentes de profissionais que compõem a esfera prática do trabalho no “cuidado em saúde”, foi possível verificar, consultando os índices divulgados nos manuais de saúde do Ministério da Saúde do Brasil, um reflexo de desigualdade: as profissões de maior *status* e de salário mais alto continuam tendo homens como maioria ocupante dos postos de emprego na saúde.

Essa reflexão será feita a partir de dados do Manual de Ocupações em Saúde de 2005², onde serão destacadas, em diálogo com as experiências vividas em campo, para duas perspectivas: a primeira referente à divisão sexual do trabalho na saúde no país e no Estado de Alagoas, e a segunda referente à ligação histórica de algumas profissões terem no bojo da prática profissional a predominância ora no sexo masculino e ora do sexo feminino.

A pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2005 sendo publicada apenas em 2007 traz dados quantitativos de profissionais que ocupam funções no âmbito da saúde pelo país. É possível perceber como os índices da Região Nordeste em relação aos dois ramos destacados, não se afastam dos índices do Estado de Alagoas. No levantamento trazido pelos Indicadores em saúde, as profissões de nível fundamental e médio, continuam com um número maior de profissionais ocupando postos de emprego. Os índices também apontam para o surgimento de novos ramos na saúde, principalmente, ligados a especializações das profissões já existentes, é o caso da Enfermagem, Técnico de Enfermagem e Medicina.

Para essa investigação é bastante pertinente apresentar os números de ocupações no país, na região nordeste e em Alagoas, pois a ocupação por mulheres em algumas profissões da saúde, ainda é deficitária. Os indicadores além de fornecer números importantes em relação às profissões, deixam escapar aspectos que recaem na questão da desigualdade social, sendo possível perceber quando comparamos a região sudeste e sul com a região nordeste e norte. Outro aspecto que os indicadores deram visibilidade foi a questão da divisão sexual do trabalho nas diversas profissões no âmbito da saúde, o que remonta na continuidade de modelos discriminatórios na ocupação de certos postos de emprego, designando, certas atividades profissionais a mão de obra feminina e, outras a masculina.

² O detalhamento dos dados consta em duas tabelas a 01 no Apêndice B e a 02 no Apêndice C, no final da dissertação.

Na questão da desigualdade econômica é possível identificar que as profissões referenciadas historicamente para mulheres têm uma remuneração mais baixa se comparada às profissões ocupadas por homens. As diferenças são expressivas, caracterizando o campo da saúde no estado brasileiro, como uma área de grandes diferenças salariais, tanto no aspecto relacionado ao *status* da profissão (medicina, por exemplo) quanto na diferença emanada pelo gênero.

Dessa maneira, a partir dos índices que os Indicadores em Saúde apresentaram (ver Tabela 02), enfatizei as seguintes profissões: Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem PSF. O surgimento desse último foi consequência da ótica atual da política do SUS, o qual tem centrado esforços na Atenção Básica em saúde dos grupos populacionais. O que remete a reflexão do processo de profissionalização na composição de profissionais que atendem à ‘Alta Complexidade’.

Percebemos que algumas das principais especialidades médicas têm nos homens claramente a dominância nas ocupações. Um exemplo disso é o Médico Cirurgião Plástico com 90,4 de mão de obra masculina contra 9,6 de mão de obra feminina, a disparidade é grande, podendo ser delegada ao sexo masculino, tendo em vista o momento investigado, o predomínio nessa ocupação no país.

Enquanto, as mulheres ainda são a minoria em especialidades com maior *status* e ganho financeiro superior a exemplo da profissão citada no parágrafo anterior, na especialidade de Médico Pediatra há maioria feminina, o que demarca a prevalência nos ofícios do campo da saúde, executados por mulheres, com fortes ligações a maternidade e ao cuidado de crianças. Ou seja, as mulheres continuam a compor a mão de obra de profissões consideradas de baixo *status* e salários menores.

Não é difícil verificar que o mercado brasileiro ainda permanece remunerando as especialidades médicas distintamente. Ou seja, um especialista em pediatria recebe menos que um Cirurgião Pediátrico, por exemplo. O que se expressa como atenuante nas escalas de trabalho de outros profissionais. As horas trabalhadas semanais de alguns médicos não correspondem ao vencimento mensal, pois as remunerações dependem de qual especialidade exerçam, se cardiologistas, cirurgiões, proctologistas, clínicos gerais, ginecologistas etc.

Sendo assim, os clínicos gerais passam mais tempo no atendimento de um hospital de emergência, atendendo a demanda que chega, buscando tratar um problema de saúde de ‘emergência’. Por outro lado, o médico cirurgião tem uma escala trabalho menos rígida se comparada a dos clínicos gerais, ou seja, dando margem a terem outros vínculos de trabalhos em outras unidades de saúde. Duas diferenças entre a prática profissional de um clínico geral

e de um cirurgião em um hospital de emergência, dentre outras, podem ser destacadas, a primeira é a jornada de trabalho e a segunda é a remuneração.

Essa segunda diferença suscitada com relação à remuneração dos médicos no hospital investigado foi, muitas vezes, durante a pesquisa de campo, tratada com ênfase pelas profissionais de saúde que, ao falar do “tempo que dedicam trabalhando no hospital” e o “tempo que os médicos dedicam trabalhando na mesma instituição”, desenhavam um descontentamento, como podemos perceber nesta fala de Ana:

(...) com o passar dos anos, a gente vai se acostumando com as regalias que algumas profissões têm aqui dentro. Eu sei, não é só aqui, que existe isso. Mas é aqui que eu trabalho todos os dias. É duro ter que todo dia estar aqui dentro e ver que os cidadãos (médicos), nem quando são solicitados comparecem (...). O que acontece também é o seguinte: se eu faltar vão lá e me substituem, às vezes sabe, a colega que vai largar já dobra o horário, pra não dar baixa no setor, a coordenadora já solta o comando. Mas os cidadãos se faltarem, acabou tudo! Porque ninguém aqui da Enfermagem vai saber fazer o serviço dele. Eu já tive paciente morrendo na minha mão. Se eu for me lembrar disso todos os dias que venho trabalhar, pode ter certeza, que eu deixo a profissão, porque imagine você (...). Um trabalho de hospital só se faz em equipe.

Algumas interlocutoras como Ana, quando falavam a respeito de suas jornadas de trabalho, não conseguiram se desligar dos “horários dos plantões médicos”. Outra interlocutora foi Nilza: “Eu tive que viver a minha vida acostumada a vir trabalhar todos os dias (...) o que mais me chateia é ver esses cabras (médicos) só passearem pelo corredor (...)”. Em outro momento eu havia destacado que os médicos, muitas vezes foram chamados pelas auxiliares de enfermagem como “passeadores”. Mas, as falas de Ana e de Nilza, trouxeram novas personificações ao nome “médicos”, respectivamente em suas falas: cidadãos e cabras.

Vale destacar que, na profissão de “Auxiliar de Enfermagem”, o quantitativo de mulheres trabalhadoras corresponde a 91,1, enquanto o quantitativo de homens é de 8,9. Esses dados nos remetem contextos políticos e culturais, que vêm durante décadas sustentando as práticas de desigualdade de gênero, especialmente, ressignificadas nas distribuições de postos de trabalho no campo da saúde.

Uma das questões debatidas pelas profissionais de saúde, diz respeito às práticas profissionais no campo da saúde, no próximo tópico falarei mais a respeito, levando em consideração outras particularidades.

3.1 O “feminino inferiorizado” nas Práticas Profissionais no Campo da Saúde

O Ministério da Saúde demonstrou por meio dos indicadores de 2005 que a área da saúde traz em seu arsenal profissões que vêm legitimando uma desigual inserção de homens e mulheres na maioria dos postos de trabalho. Todavia, esse é um fenômeno que não acomete somente as profissões do campo da saúde, mas é uma questão que exara o âmbito da prática profissional de mulheres. Principalmente, com o crescimento nas últimas décadas do século XX, de mulheres em profissões antes não ocupadas pelo “feminino”.

No entendimento de que as representações sobre o feminino no âmago das sociedades, historicamente, conferiu a mulher um segundo plano no seu desenvolvimento profissional, dialogo com Oliver e Figueirôa (2007) quando refletem questão sobre as posturas “uniformizadas”, colocando em contraste “ser mulher e o exercício da profissão agrônômica”. Embora eu esteja demonstrando percepções das profissionais no campo da saúde, os significados dados ao gênero, analisados pelas autoras, permitem-me a repensar os valores atribuídos a prática profissional das mulheres em um hospital de emergência. Principalmente, quando estas estão em uma profissão considerada, hierarquicamente, como inferior. Esses valores são pensados em relações de poder que são gestadas, no dia a dia de trabalho. Entretanto, a história não se separa do que aqui estou chamando de “valores”³.

Londa Schiebinger (1990) apud Oliver e Figueirôa (2007), concorda que foi a partir do século XIX que a representação da ciência na figura feminina, ficou mais distanciada do que a iconografia científica lhe atribuía e os significados neoplatônicos de “mulher superior”. De fato, retratam as autoras: “Essa imagem deixou de significar a união entre elementos opostos (feminino/masculino, ação/especulação, divino/humano), servindo de guia para homens e, por vezes, para mulheres, até a verdade”. (2007, p.370).

Em fins do século XVIII, as mulheres eram relacionadas, sobretudo, a maternidade, o que personificava a ciência como um espaço masculino, dominados por homens que tinham como função trabalhar e pensar sobre as coisas do mundo. Produzir ciência, necessariamente, não era uma atribuição para mulheres, nessa época. Assim, somente a experiência masculina servia de interpretação para o conhecimento científico. Segundo Oliver e Figueirôa (2007,

³ Os valores, aqui, são compreendidos como uma categoria que é recriada no cotidiano de trabalho das interlocutoras. Mas precisamente, das auxiliares de enfermagem. Pois, assim como estas, se sentem livres para dar novos significados a prática profissional dos médicos, até mesmo dando novos nomes aos mesmos, como faz Ana e Nilza. Outros profissionais, como os atendentes A e B, do térreo, sentem-se livres para chamar todos os profissionais que trabalham de ‘jaleco’ de “doutores”. Percebi que essas classificações ‘rotulatórias’, é prática comum entre as profissionais de saúde.

p.370): “(...) o culto à racionalidade e objetividade estiveram vinculados a um movimento de repressão dos sentimentos e da sensualidade e a uma tendência de estabelecer a inferioridade da inteligência feminina”.

Entretanto, foi com a ascensão da profissionalização que as mulheres encontraram mais dificuldades de se introduzirem nos meios científicos, até mesmo de adentrarem nas escolas de profissionalização. Foi a partir da segunda década do século XIX, que as feministas passaram a questionar a educação feminina. No Brasil, a proposta era de uma educação feminina para a emancipação intelectual, para garantir o futuro das novas gerações, a ideia era de inserir o Brasil no rol de países desenvolvidos.

Algumas teses de juristas e médicos apoiaram a participação igualitária de homens e mulheres na edificação da nação brasileira. Os discursos científicos das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia orientava um padrão comportamental da mulher cultivando os valores burgueses. Nesse contexto, Oliver e Figueirôa (2007, p.371) concluem:

Desse modo, ainda que essa preocupação com a educação feminina possibilitasse uma verdadeira invasão das mulheres no cenário “urbano”, o papel da mulher não se modificou na sociedade, pois seus conhecimentos serviriam para torná-la uma companhia agradável e interessante ao homem.

Foi no decorrer da década de 30 e 40 que o ensino superior foi sendo introduzido na formação educacional das mulheres. Em face disso, o interesse era preparar as “moças” para o papel de reprodutoras dos futuros “homens da nação”. Entretanto, mesmo que o objetivo da educação fosse esse, encontravam-se mulheres distantes de serem comparadas em pé de igualdade com homens. Como demonstram as autoras, as mulheres tinham que estar “sempre atentas aos possíveis desvios da conduta moral e sexual, à saúde e à alimentação própria e de seus filhos” (2007, p.371). Dessa forma, ampliava-se sem precedentes a desigualdade entre homens e mulheres no ensino superior, aditando o aumento da entrada de mulheres nos cursos secundários profissionalizantes.

A mulher, na realidade, ‘sofisticava’ o seio da família, a partir de sua entrada nos cursos profissionalizantes, às suas “atribuições” de “mantenedoras da ordem social ao invés de transformadoras da realidade” (2007, p.372). Ou seja, educação feminina propiciava às “moças” uma condição melhor, que até então, não existia. A possibilidade de conhecer o mundo por meio de livros, pesquisas, saindo do ambiente doméstico, era um sonho para muitas mulheres nas primeiras décadas do século XX.

Entretanto, a mulher moderna, chega ao fim do século passado, com uma bagagem considerável. O campo da saúde pôde, assim, ser considerado, um espaço onde as mulheres conseguiram se inserir, porém, essa inserção não contemplou seu pleno desenvolvimento, como muitos pensavam na época. A entrada desse gênero no mercado de trabalho na esfera da saúde, foi interligada com os ofícios tradicionais inclinados às mulheres, tais como a maternidade, o cuidado de crianças e adolescentes, idosos, deficientes, parto, etc. A medicina é um exemplo dessa tendência que leva o mercado a consumir mais mão de obra feminina em especializações como a Pediatria, ao invés de outras.

A Antropóloga Lady Selma Albernaz (2011), discute as relações de gênero associando à incursão de homens e mulheres em determinadas profissões, seguindo o perfil de outras autoras, como Bruschini (1994) e Oliver e Figueirôa (2007). Segundo Albernaz (2011) a escolha profissional e a trajetória da profissionalização são aspectos que foram construídos desigualmente por homens e mulheres. Porquanto, ao existir “classificações e hierarquizações” no campo sociocultural, as profissões passam a interiorizar no quesito gênero, escolhas heterogêneas dos sujeitos, que de acordo com cada diretriz profissional, inscreverá os níveis de desempenho profissional de homens e mulheres distintamente.

Os Indicadores em ocupações demonstram o caráter híbrido, ainda persistente na divisão sociotécnica do trabalho no estado brasileiro. Em Alagoas, nas profissões levantadas, esse caráter de gênero foi acentuado. Assim, o grande número de mulheres ocupando postos de trabalho inferiores, financeiramente e, homens prevalecendo em determinadas profissões com salários mais altos, consideradas de *prestígio*, contrasta com a política educacional na área da saúde, que assiste a um crescimento no número de mulheres nos cursos de nível superior, na entrada deste novo século.

Entretanto, como estamos considerando, essa mesma política não viabiliza a ocupação de mulheres em certos ramos profissionais na saúde. No diálogo com minhas interlocutoras no hospital, vinha à tona o entrave em escolher cursos como Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Serviço Social. Segundo Idália (Auxiliar de Enfermagem) foi à falta de oportunidade, na época que morava com seus pais e, de recursos materiais, para ter acesso ao curso de Medicina, que segundo ela, proporciona em termos gerais uma possibilidade de rendimento mais alto e de “*trabalhar menos*”.

Percebi, com o desenvolvimento da pesquisa, escutando falas como a de Idália e, na busca de mais informações sobre o primeiro andar e o hospital de forma geral que paira nas falas das profissionais, uma ideia de ‘aceitação social’ de uma mulher que trabalha como médica. Por outro lado, há um ‘conceito’ preestabelecido, pelas próprias profissionais, acerca

do tempo que dedicam ao trabalho, das subordinações que devem a outros profissionais (hierarquia), dentre outras questões. No entanto, o que há em comum em todas as falas são as repetidas reclamações sobre o baixo salário que recebem.

As auxiliares de enfermagem, no geral, elas acreditam que são inferiorizadas no ambiente de trabalho. Segundo elas, ao assumir, muitas das vezes, atividades, que não são incumbências específicas de sua profissão, terminam por trabalhar mais, dedicando mais tempo ao ambiente de trabalho, deixando de lado outros aspectos de suas vidas e paralelo a isso a base remuneratória⁴ não aumenta.

Ainda sobre as percepções das profissionais de saúde acerca da medicina, surge uma percepção relacionada ao que pensam das suas escolhas profissionais. Neste sentido, Ana fala a respeito, dizendo: “Ser auxiliar de enfermagem, o nome já diz tudo, auxiliar!”. A interlocutora está dizendo, ao destacar o nome “auxiliar”, é que sua prática profissional baseia-se em ter que ajudar outrem e não ser um profissional autônomo como podem ser os médicos, por exemplo. Isso também, segundo Ana diminui o conteúdo da prática profissional, que passa uma imagem de que é uma profissão ‘submissa’ e sem significado próprio. Outras profissões no âmbito da saúde sofrem também, com rótulos é o caso do “Assistente Social”. Por causa do nome, muitas vezes esse profissional é levado a atuar em outras esferas da prática laboral, sendo obscurecido, o fato de essa profissão se caracterizar como “liberal”.

As denominações de “auxiliar” e de “assistente”, desde muito tempo, criaram um espaço de ocupações no mercado de trabalho brasileiro com sérias desigualdades de gênero. Enquanto as mulheres foram chamadas a ocupar postos de auxiliares e assistentes, os homens cada vez mais se legitimavam ocupando postos de trabalho com outras denominações: gerência (o gerente), administração (o administrador), engenharia (o engenheiro), direito (o advogado), medicina (o médico), o policial, o bombeiro etc.

Verifica-se, então, que o acesso igualitário de homens e mulheres a certas profissões não foi ampliado a todos os ramos de atividades profissionais, tanto na saúde como em outras áreas. Observando um campo que surgiu mais recentemente, mais comumente chamado de Programa da Saúde da Família - PSF, é possível identificar a disparidade entre ocupação do sexo masculino em relação ao feminino no acesso a esses campos de trabalho. Representado sob o signo do “médico da família”, Enfermeiro PSF e do “Auxiliar de enfermagem PSF”,

⁴ O que aqui estou chamando de base remuneratória seria o salário base que segundo essas profissionais é o mesmo há anos. Paradoxalmente, os novos concursados entraram recebendo uma base remuneratória mais alta. A remuneração, entretanto, corresponde a todo o salário somadas as vantagens no vencimento que recebem mensalmente.

podemos perceber que este último contempla um quantitativo de 93,6 mulheres contra 6,4 de homens em todo território brasileiro.

As ocupações tidas como fundamentais em um hospital, como é o caso de médico comparada à função de auxiliar de enfermagem, apresentam grandes diferenças em termos de distribuição de trabalho para homens e mulheres (ver Tabela 2). Concorro com Leal e Lopes (2005, p.108) quando dizem que artigos e dados disponíveis a quantidade de trabalhadoras e trabalhadores da saúde, raramente problematizam na perspectiva do gênero, limitando-se na maioria das vezes as estatísticas por categorias de sexo.

Para falar do número de mulheres ocupando postos de trabalho na saúde, iniciarei a partir das subespecialidades médicas. Conforme Albernaz (2011, p.168): “No caso da medicina elas não estão na Cirurgia, de maior prestígio e remuneração, e prevalecem na Pediatria, vista como menos importante e ligada à esfera do cuidado”. Os homens ainda continuam a dominar as ocupações de ramos considerados mais privilegiados dentro da Medicina, como a especialidade cirúrgica, cardiológica, anestesista etc. Nesse sentido ressaltam Leal e Lopes (2005, p.112):

A relação que existe entre as **práticas médicas (tratamento)** e as de **enfermagem (cuidado)** traduz, por exemplo, as ligações que existem entre natureza e legitimidade, entre gênero, classe e poder. A (re) construção cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na dupla conjunção entre sexo e classe. Esta conjunção define os conteúdos das primeiras- masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional – frente às segundas – associadas às “qualidades” femininas, empíricas, etc. [Grifo nosso]

Essas funções no hospital investigado são bastante vislumbradas. Segundo informações passadas por uma enfermeira do térreo:

As pessoas chegam aqui mais com problemas de dores no peito, acidentes em rodovia, são mais hipertensos e diabéticos. São pessoas, na maioria, que já sofrem com problemas vasculares, cardíacos, vários. Agora os acidentados chegam toda hora (...) se a gente não tiver um médico qualificado (especialista) fica difícil de fazer o atendimento aos doentes.

Outras profissões e especialidades no Brasil também vêm retratando esta faceta, como é o caso da Engenharia citada por Albernaz (2011). Na Enfermagem ainda vigora o grande número de mulheres em relação aos homens no exercício da profissão. Nas 08 especialidades

desta profissão (ver Tabela 02) prevalecem um quantitativo de mais de 80% de mulheres ocupantes de cargos, contra humildes 20% de homens ocupantes.

O número de homens ocupando cargos como médicos é bem maior do que o de mulheres médicas. Na realidade são 64 ocupações em especialidades médicas, apenas em 09 ocupações desta categoria as mulheres possuem mais de 50% atuantes. Segundo Albernaz (2011, p.168):

Baseando-se em Bruschini (2007), entre outras autoras que trataram o tema ao longo dos anos 90 e 2000, é posto em evidência o ingresso das mulheres, a partir dos anos 70, em profissões masculinas de grande prestígio: Medicina, Direito, Arquitetura e Engenharia, alcançando nas duas últimas décadas, no mínimo 30% em cada uma delas.

Essa realidade trazida pela autora reafirma o que venho expondo até o momento. Embora tenha crescido o número de mulheres em profissões que historicamente foram ligadas ao sexo masculino, Albernaz (2011) aponta que: “(...) o crescimento da mão de obra feminina na faixa das que têm maior escolaridade, está correlacionado com as crises recorrentes da economia brasileira, sem deixar de considerar outras razões deste crescimento (...)”. A autora destaca a importância de se investigar as razões que as mulheres creditam confiança, no momento das escolhas profissionais.

Posto isso, a realidade esboçada pelos indicadores, não se distancia da vivenciada por minhas interlocutoras, principalmente as auxiliares de enfermagem do primeiro andar. Numa área composta por cinco alas (C, D, E, F e G), cada ala com um número de oito auxiliares de enfermagem, dispondo de uma ou duas profissionais para uma enfermaria de isolamento (atualmente cada ala tem em torno de um a dois quartos com pacientes infecciosos acamados), tem-se um total de 32 auxiliares de enfermagem no espaço físico do primeiro andar. Do número de 32 auxiliares de enfermagem, apenas dois homens trabalham, especificamente, na função no corredor do primeiro andar, conforme relatos das entrevistadas. Os demais se reversam entre as áreas (vermelha, amarela e azul).

Vale frisar que esses dados não foram passados pela coordenação de enfermagem da área, mas as entrevistadas que apontaram para apenas dois auxiliares de enfermagem, que naquele momento estavam atuantes no ofício, e destacaram também que já houve uma quantidade maior de homens como auxiliares de enfermagem. Entretanto, com o término de algumas ‘contratações temporárias’, até o momento da pesquisa, a situação era a falta de profissionais nas escalas de trabalho, principalmente, homens.

Algumas auxiliares de enfermagem, como Ana, Deby, Luana e Nilza expõem que sentem falta de mais homens atuando na área profissional delas, como se segue nesta fala de Nilza: “(...) algumas coisas para gente ‘velho’ fazer já é com dificuldade e para mulher então, vixe! Eu gosto quando tem os meninos, estagiários da Escola S., porque me ajudam na higiene dos pacientes”.

Em outro momento, quando caminhávamos no corredor da ala D para a C, a auxiliar de enfermagem, Mariah declarou:

Eu não acho normal isso. Nós mulheres ficamos sujeitas a um trabalho mais pesado, porque quem vai dizer que é fácil ficar “virando paciente” e levando “chamado” de familiares e coordenadores?”. Porque a gente não consegue fazer alguns serviços sozinhas. Tem paciente (homem) que é pesado mesmo.

A interlocutora está se referindo a suas atividades diárias como auxiliar de enfermagem. Isto é, o “virar paciente” é o que elas (auxiliares de enfermagem) denominam quando necessitam mudar o paciente que está deitado em um leito de “posição”. Para dar banho no próprio leito onde se encontra o doente ou para vesti-lo, é preciso segundo a interlocutora “colocar o paciente em uma posição confortável para ele e pra gente (as profissionais)”.

As práticas de trabalho das auxiliares de enfermagem foram muitas das vezes questionadas pelas próprias profissionais. Na minha percepção as reclamações se davam justamente, por não se sentirem valorizadas no âmbito de suas ações profissionais e o agravante a esta questão é não valorização implicado pelos baixos salários.

3.1.1 “Ninguém gosta de ser chamada atenção!”

O “chamado” de atenção é uma situação indesejada pelas profissionais de saúde, especialmente as auxiliares de enfermagem. Neste tópico trago algumas falas das auxiliares de enfermagem, para significar o que elas compreendem acerca dos *chamamentos*. Mencionados algumas vezes na fala de Mariah e de Luana, os chamamentos de atenção, no geral são executados pelas coordenadoras de enfermagem. Implicando em situações desagradáveis no ambiente de trabalho.

Segundo Mariah os próprios familiares que estão fazendo acompanhamento aos pacientes chegam também a chamar a atenção das profissionais, principalmente das auxiliares de enfermagem, que são as profissionais que acompanham mais diretamente o doente

internado. A esse propósito exclama Luana: “Eu fico virada⁵, quando alguém vem chamar minha atenção, porque faço somente meu trabalho, não invado a profissão de ninguém” mais adiante, ela esclarece:

Não acho bom, né, ninguém gosta disso, um acompanhante que vem denunciar a gente, não conhece o nosso trabalho, ficam dando palpite e, vai até “a chefe” falar mal da gente, se a gente operasse uma perna ou um braço errado dele, aí sim, poderia falar, mas se o soro acabou, ao invés de ir até a gente, ou uma de nós e falar, não já vão até a chefe⁶. Porque não falam dos abusos dos passeadores?⁷.

A fala da interlocutora transmitiu para mim uma oposição com relação aos palpites dos familiares sobre sua prática profissional e a percepção da entrevistada, quando ela disse: “se a gente operasse uma perna ou um braço errado dele, aí sim, poderia falar”. Ou seja, do ponto de vista da entrevistada para falar a seu respeito na coordenação, era preciso um motivo mais forte que, simplesmente, deixar de trocar o soro que acabou. Outra coisa que também me chamou atenção nesta fala, foi a relação feita com os passeadores, pois a interlocutora justificou uma falha sua, comparando com os abusos de outros profissionais. A impressão que eu tive, neste encontro, é que Luana estava se sentindo sobrecarregada de trabalho, demonstrando insatisfação com a elaboração da escala de trabalho daquele mês.

O fato de outras pessoas apontarem para a entrevistada suas falhas e faltas em suas atividades profissionais a incomodava muito, principalmente, por estar se sentindo insatisfeita com a escala daquele mês de trabalho, elaborada pela coordenadora de enfermagem do setor.

Outra questão que a interlocutora demonstrou foi acerca dos acompanhantes. Segundo ela, eles falam ‘mal’ das auxiliares de enfermagem e espalham ‘coisas’⁸ para os demais profissionais. O que me fez refletir se o interesse maior dos acompanhantes era na prática profissional das auxiliares de enfermagem, uma vez que, os doentes são atendidos por equipe multiprofissional⁹. O fato é que as auxiliares de enfermagem reclamam ter atribuições que poderiam ser divididas com mais profissionais.

⁵ O nome “virada” foi usado com sentido coloquial da palavra, como meio de reforçar que, realmente, ficava muito nervosa quando alguém chamava sua atenção, no ambiente de trabalho.

⁶ É, também, um rótulo dado as enfermeiras pelas auxiliares de enfermagem. Essas, referem-se ao fato de as primeiras serem suas coordenadoras e também dos setores, recebem o apelido de “a chefe”.

⁷ Os passeadores é um apelido dado aos médicos pelas auxiliares de enfermagem, também conhecidos como cabras e cidadãos.

⁸ Boatos, conversas no corredor do primeiro andar do HGE.

⁹ Conforme Peduzzi (2001, p.104) “(...) a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada”.

Levando em consideração todos os pontos que foram trabalhados, encerro este tópico, destacando as percepções das auxiliares de enfermagem no campo investigado, que revelam um cenário ainda de insatisfação e de sensação de inferioridade da profissão. Sendo possível ver no entrelaçamento das relações hierárquicas, neste caso entre auxiliares de enfermagem e enfermeiras.

3.2 Contextualizando o Trabalho das Profissionais de Enfermagem

Historicamente o trabalho profissional diz respeito a trabalhos especializados e necessários socialmente. Conforme Pires (2009, p.740): “O conceito de profissão origina-se das características do trabalho do tipo artesanal desenvolvido nas guildas, ou corporações de artífices da Idade Média, que se constituíam em unidades de produção (...)”. Ainda segundo a autora alguns aspectos devem ser levados em consideração para qualificar o termo profissão como “a atividade de um grupo de trabalhadores especializados na realização de determinadas atividades”.

Do ponto de vista de Pires, os aspectos das profissões em saúde têm sido apontados como frágeis: a autonomia profissional e o reconhecimento da utilidade social deste trabalho profissional e do domínio de um campo específico/próprio de conhecimentos. (2009, p.740). A autora cita em seu artigo a profissão de enfermagem, como exemplificativo do trabalho em saúde e diz:

Em relação à utilidade social do trabalho da enfermagem, apesar de não haver consenso em relação à natureza do cuidado de enfermagem, há consenso no que diz respeito à estreita relação entre cuidado humano e o trabalho da enfermagem.

No corredor do primeiro andar, é possível identificar nos discursos das entrevistadas uma estreita ligação entre as falas relacionadas à prática do trabalho em enfermagem como profissão humana e sob o signo de cuidado. Nesse sentido segundo Pires (2009, p.740):

O cuidado ganha especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, é reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias/úteis para a sociedade e que, para o seu exercício, requer

uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional.

As práticas profissionais das trabalhadoras em saúde representam um atributo das especializações do agir profissional que cada profissional possui quando estão atuando junto ao campo de trabalho. Em relação aos atributos profissionais, a autora cita três dimensões do “cuidado” profissional na enfermagem:

a) Cuidar de indivíduos e grupos, da concepção à morte. b) Educar e pesquisar que envolve o educar intrínseco ao processo de cuidar; a educação permanente no trabalho; a formação de novos profissionais e a produção de conhecimentos que subsidiem o processo de cuidar. c) A dimensão administrativo-gerencial de coordenação do trabalho coletivo da enfermagem, de administração do espaço assistencial, de participação no gerenciamento da assistência de saúde e no gerenciamento institucional. (PIRES, 2009, p.740)

As disciplinas do conhecimento científico, têm como base certo número de regras, princípios, estruturas mentais e instrumentos. A enfermagem como trabalho especializado no campo da saúde tem como princípio norteador o cuidado da saúde das pessoas. Enquanto disciplina, o cuidado se torna a principal conquista do curso de formação, nesse contexto ressalta a autora:

As teorias de enfermagem têm buscado definir cuidado, cuidado de enfermagem e o processo de cuidar, no entanto, não há consenso em relação à definição de cuidado, de seus componentes, nem em relação ao processo de cuidar. Estas formulações e debates contribuem para a estruturação da enfermagem enquanto disciplina do campo da saúde que assume o cuidado como seu objeto epistemológico. (PIRES, 2009, p.742):

Depreende-se, então que, a fundamentação das disciplinas de enfermagem buscou sobrevalorizar o cuidado, em detrimento de outras especificações de seu saber/fazer profissional. Para tanto, o mercado de trabalho na saúde foi delineando o espaço de ‘conquistas trabalhistas’ do feminino, com ofícios herdados de uma ‘cultura doméstica’, ainda longe de ser apagada nessas funções.

3.3 O Mercado de Trabalho no Campo da Saúde: Desigualdades de Gênero nas Práticas Profissionais da Saúde

A saúde constitui um mercado de trabalho importante para a mão de obra feminina. Como os demais serviços de consumo da coletividade, a saúde esta vinculada ao mercado de trabalho que envolve dinamismos políticos, econômicos e sociais. A inserção das mulheres no mercado de trabalho no Brasil, aponta para uma realidade de continuidades e de mudanças conforme Bruschini (2000).

Neste tópico, revisito a discussão acerca da ideia da natureza feminina pautada nos determinismos biológicos da mulher, embora Bruschini (2000) e Rohden (2003) tratem de questões relacionadas à mulher em contextos diferentes, a primeira sob a inserção da mulher no mercado de trabalho e a segunda no viés da reprodução e sexualidade. As duas autoras, assim como Vieira (2002) contribuirão para discussão deste tópico.

Tendo em vista os julgamentos em que historicamente foram submetidas às mulheres devido a sua condição ‘natural’, ou seja, de ser biologicamente funcional à reprodução, a desigualdade de gênero precisa ser considerada sob vários ângulos, levando a contento uma cultura diferenciada que homens e mulheres tiveram na história. Segundo Rohden foi a partir do Renascimento que o modelo de sexo único disposto nas obras de Laqueur (2001) foi se enfraquecendo. Isto posto, abre-se espaço para uma biologia da incomensurabilidade. O dimorfismo vai caracterizar as diferenciações entre os sexos. Segundo Laqueur (2001) citado por Rohden (2003, p.203): “(...) as causas dessa transformação não se restringiriam a meras mudanças provocadas pelos progressos da ciência, mas têm a ver com (...) uma mudança epistemológica e uma mudança política”. Dessa maneira, destaca a autora:

As diferenças biológicas diagnosticadas pelos cientistas passam a oferecer a base para que pensadores sociais dissertem sobre as supostas diferenças inatas entre homens e mulheres e a consequente necessidade de diferenciações sociais. (2003, p.203).

Neste contexto a mulher historicamente foi levada a funções no âmbito do trabalho de ajuda e auxílio ao homem, pois a ideia postulada era de que o trabalho para a mulher não era compatível com a sua estrutura biológica, Rohden afirma:

Tudo é concebido como se a natureza e a estrutura social colaborassem muito estreitamente. Trata-se de um determinismo naturalista que desemboca em um duplo padrão: por um lado, a sensibilidade feminina é o produto da natureza colaborando direta e harmoniosamente com a sociedade; por outro, a sensibilidade masculina, pela sua força naturalmente superior e atividade irreprimível, sempre paira em algum lugar para além dos laços sociais. Enquanto a capacidade de melhorar e expandir seria uma condição normal e natural da mente masculina, não se daria o mesmo na mente feminina. A atividade do pensamento é necessária e importante para a existência da mulher, mas deve ser exercida com moderação. (2003, p.208)

Fabíola Rohden (2003, p.206) dialogando com o trabalho de Laqueur (2001), Schiebinger (1987) e Vila (1995) reafirma que: “(...) é possível perceber a partir do final do século XVIII uma transformação na concepção médica sobre o ser humano que não focalizou o sexo mais, principalmente, um novo sistema de sensibilidade”.

A história das mulheres, sempre foi ligada a uma ideia de ‘natureza feminina’, (VIEIRA, 2002). Destarte, o fato de serem “as mulheres”, historicamente, demandadas a funções ligadas a reprodução, maternidade, ao cuidado do lar, na criação dos filhos e na serventia ao marido, esses fatores implicaram em um retardamento da entrada de mulheres no mercado de trabalho. Assim, tendo em vista esses fatores criados dentro de um contexto de interesses políticos, não haveria nenhuma possibilidade de a mulher trabalhar em equidade com os homens, pois “a natureza já tinha se encarregado de postular a divisão e caberia à sociedade respeitá-la e promover um comportamento adequado” (ROHDEN, 2003, p.203).

A percepção da menstruação foi outro fator que contribuiu no retardamento da entrada da mulher no mercado de trabalho. A condição feminina foi representada pelos ciclos reprodutivos por anos. A medicina, conforme, Fabíola Rohden (2003) fornecia novas descobertas que vinham a “provar” a intransponibilidade das distinções entre homens e mulheres. O estado físico da mulher de sangramento percebidos como sinais de adoecimento foi um fator importante nessa caracterização, segundo Meloni Vieira (2002, p.25): “O medo do corpo feminino presente nas diferentes sociedades da Europa Ocidental se expressa na origem dos tabus, relacionados à menstruação, que ainda hoje persistem na cultura popular”. Daí, o surgimento de questões sociais envolvendo este corpo, o misticismo etc. Conforme Vieira (2002, p.32): “A natureza feminina, faz parte do conjunto de concepções através das quais a identidade de gênero e a divisão sexual do trabalho são construídas no interior da sociedade capitalista”.

As mulheres se concentram mais nas atividades de educação, saúde, comércio. Na indústria, a presença delas, é maior nos setores de alimentação, têxtil e eletrônica. As

atividades domésticas continuam sendo executadas por elas na maioria das vezes. Encontra-se, comumente, maior número de mulheres em funções ditas secundárias e com baixa qualificação, que exige de sua capacidade mental atividades que necessitem maior atenção, rapidez, destreza, sensibilidade, paciência, dentre outras qualidades classificadas como femininas no mercado de trabalho.

Cerca de 40% da força de trabalho das mulheres se inscreve em profissões ora favoráveis e ora desfavoráveis a sua estrutura física e mental. Dessa forma Bruschini inclui dentre as continuidades “o elevado contingente de mulheres em alguns tradicionais nichos femininos, como a Enfermagem e o Magistério (...)”. (2000, p.68).

Em lado oposto, as mudanças apontam para uma inserção da ocupação feminina em alguns postos de trabalho como, a exemplo da profissão de Arquitetura, Direito e mesmo a Engenharia, áreas até a bem pouco tempo reservadas aos profissionais do sexo masculino, segundo Bruschini (2000). Em compensação, ainda não se pode falar em conquista de igualdade nessas profissões por homens e mulheres.

Assim a inserção na estrutura ocupacional brasileira, vem sendo caracterizada pela formação de “nível superior” das mulheres. Neste sentido diz a autora: “É o caso das ocupações técnicas, científicas, artísticas e assemelhadas. Essas ocupações sempre representaram um nicho importante de colocação da mulher no mercado de trabalho” (2000, p.85).

No campo da saúde, a mulher tem estado em maior quantidade em funções que tem como norte “o cuidado e a promoção da saúde”, como bem representa a Enfermagem, no geral. Embora as mulheres estejam presentes em número crescente em certos ramos de atividades no mercado de trabalho brasileiro, ainda assim, pode-se observar um reforço do exercício da prática profissional em profissões menos privilegiadas.

3.3.1 Inclinações Profissionais: Percepções das Auxiliares de Enfermagem em um Corredor Hospitalar

Neste tópico abordarei pontos relacionados às percepções de campo das auxiliares de enfermagem. Aqui também revisitarei estudos do campo da sociologia e antropologia do trabalho e da saúde dialogando com as falas das interlocutoras, especialmente, a respeito das inclinações profissionais.

Compreendendo a prática histórica da ajuda mútua, revestida de ‘bons modos’ e da ‘caridade’ das ‘moças de boa família’, se faz fundamental para principiar o que mais tarde se tornou uma função técnica dentro da estrutura do capitalismo, o trabalho feminino na enfermagem. O cuidado, como foi falado em tópicos anteriores, foi à base da formação disciplinar da enfermagem. Essas profissionais em saúde principiantes voltaram a sua mão de obra, inicialmente, à reprodução sexual de outras mulheres, a exemplo do parto, com o clássico trabalho das ‘parteiras’.

Segue, nos dias atuais, um modelo tradicional de substituir algumas práticas profissionais por outras. As substituições geralmente ocorrem por níveis de instrução, os profissionais de nível fundamental são trocados pelos de nível médio e estes, pelos de nível superior. É uma situação geral, que também caracteriza a profissão de enfermagem.

Com o passar dos anos, o ramo da enfermagem foi se especializando, tornando-se essencial na academia científica, enquanto a função de auxiliar de enfermagem foi cedendo lugar a uma nova institucionalização – o técnico de enfermagem.

Atualmente, a profissão de auxiliar de enfermagem só exige o nível fundamental completo. O curso de auxiliar de enfermagem e técnico são promovidos por escolas denominadas “Escolas de Enfermagem”, esses existem apenas no âmbito privado na capital Maceió, sendo mantidos pelas mensalidades que cada aluno paga. Consultando algumas listas de escolas, fornecidas pelas chamadas ‘listas on-line’, verifiquei que há três escolas de enfermagem, que ofertam cursos de formação de nível fundamental e médio, a mensalidade fica em torno de 100 a 230 reais do curso de auxiliar de enfermagem e técnico de Enfermagem. O curso de Auxiliar de Enfermagem é o primeiro a ser cursado, em seguida é o de Técnico de Enfermagem.

Geralmente, os alunos que terminam o curso de auxiliar de enfermagem passam a fazer o técnico de enfermagem, pois segundo Ana: “Eu mesma fiz os dois cursos, por causa do concurso público, você se sente mais forte na função (...)”.

Passados alguns meses em campo, sem que tivesse elaborado alguma pergunta ou seguido algum roteiro que tratasse sobre questões relacionadas à “motivação profissional”, percebi que todas as interlocutoras tinham me contado um pouco sobre suas inclinações profissionais. A entrevistada Luana falou sobre anseios na profissão e os motivos que a fez escolher o curso na época em que estava terminando o nível médio:

Ah, não tive outra opção, porque naquela época era tudo muito difícil, eu namorava, meu pai não gostava, então procurei me apegar em uma coisa que

me desse futuro, hoje tenho raiva do salário que me pagam. (...) porque você dedicar uma vida a uma profissão que não cresce. A gente recebe menos e trabalha mais que todo mundo e, não é só aqui nesse hospital não. É, em todos os lugares que tem auxiliar, a gente deveria ter um teto salarial que contemplasse nossas noites sem dormir e longe de nossos filhos (...).

No momento em que me deparei com esta fala, apesar de clara e reflexiva, acreditei que outras profissionais deveriam ter passado por alguma experiência parecida. Talvez um pouco diferente, mas com o mesmo pesar explanados por Luana. Até o momento em que entrevistei Mariana:

Eu trabalho em dois lugares, (...), e sempre quis seguir uma profissão que eu gostasse. Eu não posso dizer que escolhi a profissão. Sempre quis ser enfermeira. Quando eu era pequena, pegava as bonecas e fazia uma cruz com um lápis de cor vermelha no peito dela, era para eu salvá-la, fazer curativo, cuidar dela. Era aquela brincadeira que foi e foi se tornando verdade pra mim. (...) é muito bom fazer o que gostamos e, eu não fico reclamando pros outros da minha profissão. Graças a Deus sou concursada e não tenho o que reclamar.

A interlocutora destaca que sempre quis ser uma profissional da enfermagem desde quando era apenas uma criança. E descreve: “pegava as bonecas e fazia uma cruz com um lápis de cor vermelha no peito dela, era para eu salvá-la, fazer curativo, cuidar dela”. Mariana reforça que o que até então era uma brincadeira de menina se tornou uma realidade em sua vida.

Pode-se inferir que para ela vivenciar sua inclinação profissional não foi sinônimo de “lamentação”, mas de realização pessoal, presente nesta passagem: “é muito bom fazer o que gostamos e, eu não fico reclamando pros outros da minha profissão”. Mariana demonstrou estar distante das falas que depreciam a profissão, como descreveram algumas interlocutoras, no quesito inclinações profissionais. A entrevistada, entretanto, passou muita serenidade ao falar que não tem do que reclamar.

Embora, as profissionais de saúde compartilhem de um mesmo espaço social para o exercício profissional, isto é, o corredor do primeiro andar, suas experiências não são idênticas. Tampouco se relacionam da mesma maneira com o meio ambiente de trabalho que escolheram, um dia, para exercerem suas vocações.

As inclinações profissionais, na maioria das vezes, não foi o foco das conversas no corredor. Mas, de algum modo, o fato de ter escolhido a profissão de auxiliar de enfermagem

era destacado por elas em uma descrição de episódios de suas vidas que justificava a escolha. A escolha, nem sempre foi descrita como fácil. Ao contrário de outros profissionais, as auxiliares de enfermagem sempre buscavam dar um significado para suas ações diárias, de forma mais expressiva.

Posso ter percebido isso, devido à questão da sobrecarga de trabalho sempre muito discutida, que por esta razão, mesclava de insatisfação e angústia as narrações dessas mulheres no campo investigado.

4. O corredor do primeiro andar: práticas profissionais, poder e hierarquia

Neste capítulo dou continuidade à discussão que venho trazendo sobre as percepções das Profissionais de Saúde no corredor do primeiro andar do Hospital Geral do Estado de Alagoas. Este capítulo marca de modo particular a minha investigação, pois aqui trago situações observadas e relatos das entrevistas a partir dos encontros que tive com as profissionais de saúde ao longo da caminhada etnográfica. Mesmo seguindo o caminho que as próprias interlocutoras traçaram houve momentos de continuidade e de rupturas nesta elaboração.

Entretanto, uma afirmativa pode ser elencada: o corredor do primeiro andar é um espaço social, onde diversos atores interagem, dentre eles, as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem, aqui promovidas a personagens centrais da pesquisa.

O ambiente hospitalar de emergência representa o espaço físico mais adequado para descrever nossas personagens. O *espaço social* é uma representação abstrata e precisa de um esforço específico para sua construção. Para Pierre Bourdieu (2007) o *espaço social* se configura como um “mapa” onde os agentes sociais, dentre eles, o sociólogo têm uma visão geral de tudo. É por meio desse mapa que será possível apreender as categorias que possibilitam entender o ‘mundo social’, representado pelas percepções das profissionais de saúde do primeiro andar. Seus relatos pressupõem o entendimento que possuem sobre o hospital e a dimensão de suas práticas profissionais.

Os conceitos de *habitus*, *campo* e *espaço social* desenvolvidos por Pierre Bourdieu podem nos ajudar na reflexão sobre esse universo investigado. Para Bourdieu (2007) o *habitus* encontra-se entre duas potências, a potência de produzir práticas que podem ser classificáveis e a potência de distinguir e de apreciá-las segundo um determinado “gosto”. Assim a categoria *habitus* deve ser vista como um conjunto de esquemas de percepção, apropriação e prática que deve ser acionado tendo em vista os estímulos do *campo*. Percebe-se, então, que o *habitus* é uma mediação entre o que está posto socialmente e o que está internalizado na mente, apesar de ser um dispositivo individual ele é orientado para as ações do cotidiano, portanto o que é coletivo se transforma em algo também individual.

A partir dessa categoria, observei como as profissionais de saúde no corredor do primeiro andar em seus cotidianos de trabalho, têm internalizado práticas profissionais em função dos estímulos do *campo*. Embora trabalhem em equipe e as atividades sejam

demandadas hierarquicamente, cada profissional tem sua singularidade dentro do *espaço social*.

Vale a pena mencionar que o *habitus* não significa apenas uma memória sem mais para oferecer, é antes de tudo um sistema mutável e aberto ao novo. Portanto podem ser modificados e introjetados novos conceitos. As interações no *campo* hospitalar transpassa desde o fator do adoecimento, como a questões a exemplo da hierarquia funcional – sistemas de disposição, que numa postura ao lado das profissionais de saúde é um eixo de muitos fatores a serem considerados.

O *campo* para Bourdieu pode ser compreendido como um espaço estruturado de posições, onde os agentes buscam seguir certos padrões para alcançar um objetivo. Nesses termos analíticos, o *campo* pode ser definido como uma rede de relações objetivas. Ou seja, no hospital existe o *campo* do poder, o *campo* econômico, cultural, religioso dentre outros. Assim sucede no primeiro andar. As profissionais de saúde estão ligadas diretamente a esses campos, pois como trabalhadoras do *espaço social* do primeiro andar participam de interações que perpassam desde questões do campo econômico, como as negociações, até questões de hierarquia institucional relacionadas ao campo do poder.

Para Bourdieu (2008) o *espaço social* é uma realidade indivisível que não se toca e que organiza as práticas e as representações dos agentes (neste caso, das profissionais de saúde). O corredor do primeiro andar é ao mesmo tempo o espaço físico e também o social. Este apesar de intangível é determinante como um ambiente de interação entre as profissionais de saúde. A utilização da categoria *espaço social* contempla o uso de nomes como ambiente de trabalho dentre outros.

A questão do *espaço social* é muitas vezes definida no próprio espaço em questão e os agentes são em si os responsáveis por formularem pontos de vista que a depender da necessidade serão conservados ou não. É dessa maneira que não seria possível, numa análise como esta descrever fatos isoladamente, mantendo-os fora do ambiente dinâmico onde são processados. Estes fatos referem-se ao *espaço social* que circundam as profissionais de saúde do primeiro andar. O *espaço social* aqui define-se como todo o ambiente físico e as interações que acontecem em seu interior.

Utilizarei os encontros com as profissionais de saúde no corredor do primeiro andar demonstrando como o ambiente hospitalar se mostra dinâmico em suas múltiplas orientações, traduzindo para as profissionais de saúde, mecanismos de distintas mediações. As práticas profissionais tanto das Enfermeiras como das Auxiliares de Enfermagem, no geral, vão além do preenchimento de fichas e relatórios, e da separação das medicações dos pacientes, pois a

maioria dos relatos denota um saber profissional oriundo da experiência adquirida com o tempo de trabalho no âmbito hospitalar. Nesse sentido, Nilza falou a respeito:

(...) a minha área eu domino. Eu sei fazer a minha função (...). No meu tempo não existia concurso público, a gente aprendeu tudo com a raça mesmo, (...) eu vejo hoje as menininhas da sua idade com medo de fazer um procedimento simples, (...) eu termino ajudando. A formação da faculdade não traz a experiência que serve aqui dentro, (...) nos cursos não ensinam como a gente tem que tratar o doente: com humanidade. Aqui dentro as pessoas nos enxergam como profissional que tem algum poder. A gente passa pelo corredor e é enxergado (...).

Em sua fala, Nilza descreve os estagiários de enfermagem como pouco preparados para enfrentar o cotidiano hospitalar. Embora refira ter constatado tal fato, ela menciona subsidiar os estudantes em suas práticas profissionais. A percepção da interlocutora é de que a experiência não advém com o conhecimento adquirido nos centros formadores de profissionais da saúde, no entanto, eleva a prática profissional diária como formadora do bom profissional, isto é, aquele qualificado e pronto para o trabalho dentro de um hospital.

Em sequência Nilza também ressalta uma questão importante acerca da boa conduta profissional, no trecho: “(...) nos cursos não ensinam como a gente tem que tratar o doente: com humanidade”. A entrevistada transmitiu para mim informações que tinha conhecimento por meio de sua experiência de vida. Outros pontos levantados por ela representavam percepções do contexto de suas práticas profissionais.

Todas as informantes, tanto as auxiliares de enfermagem como as enfermeiras, descreveram para mim percepções que possuíam do campo, das relações e das coisas que pressupunham ter que melhorar.

Outras relações surgiram nas entrelinhas dos diálogos trazidos pelas interlocutoras, alguns assuntos eram tratados e logo esquecidos, entretanto outros eram insistentemente citados, principalmente, quando os mesmos envolviam suas práticas profissionais. No próximo tópico apresentarei as percepções que as profissionais de saúde tinham, de um modo geral, das práticas profissionais dos médicos.

4.1 Percepções das Profissionais de Saúde sobre o Trabalho dos Médicos

Neste tópico tratarei das percepções das enfermeiras e auxiliares de enfermagem acerca dos profissionais médicos. As descrições das profissionais de saúde, interlocutoras da pesquisa, se inclinam à conduta de alguns profissionais no espaço de trabalho, especialmente, quanto à divisão de atribuições e responsabilidades. Os médicos foram apontados pelas profissionais de saúde como ora preguiçosos e ora desligados dos acontecimentos gerais do corredor do primeiro andar.

Nessa acepção, a descrição da auxiliar de enfermagem Idália, esclarece: “(...) no mais, eu sei que eles são muito ocupados, eu também sou. Mas, a maioria, são preguiçosos mesmo, não olham os prontuários dos pacientes e nem escutam a gente que passou a noite de plantão na enfermaria (...)”. A percepção das auxiliares de enfermagem em relação aos médicos é como se estes possuíssem uma espécie de poder de comando no ambiente hospitalar. Isso se traduz, por exemplo, quando elas comparam os seus horários de trabalho com os deles.

Algumas interlocutoras dizem sentir constrangimento, quando alguns médicos “passam” (é a palavra usualmente falada por muitas profissionais de saúde no corredor do primeiro andar) pelo setor, olhando com pressa os prontuários dos pacientes, indo em seguida embora. Concordando com esta percepção, Ana diz: “(...) é uma pressa infeliz que se a gente não correr não pega o danado (...)”. Já para Deby: “(...) eles não olham pra ninguém, pegam o que querem no setor e vão embora, nunca vi falando com família e nem pegando no paciente, se não fosse a gente da enfermagem, sei não como seria isso aqui”.

Segundo a fala de Idália, Ana e Deby, os médicos não cumprem corretamente suas funções, pois ao não “tocar” no paciente e nem conversar com os acompanhantes, sobrecarregam o trabalho de outros profissionais, dentre estes, as auxiliares de enfermagem. Tendo em vista, a colocação comum nas falas das auxiliares de enfermagem, elas atribuem a sua profissão, um papel central no desempenho da qualidade do serviço prestado aos usuários no corredor do primeiro andar. É possível compreender que, pelas atribuições da própria prática profissional do auxiliar de enfermagem, as profissionais precisam ir mais às enfermarias que os outros profissionais de outras áreas, como: os psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros. Isto se deve ao fato de necessitarem fazer o acompanhamento pessoalmente ao paciente, englobando todos os estágios do mesmo (uma possível melhora ou piora, ou outra situação que envolva o estado de saúde do paciente), inclusive nos banhos matinais, que é uma tarefa que demonstram não gostar muito.

No período da manhã as auxiliares de enfermagem, tem a tarefa de demonstrar suas práticas de trabalho para os estagiários, principalmente, a tarefa dos banhos. Destarte, pelas manhãs nas enfermarias do primeiro andar, é possível ver, os estagiários levando os pacientes para tomar banho. Vale frisar, que os banhos é uma atribuição do acompanhante que está com o paciente, entretanto, não são todos os doentes que estão sendo acompanhados.

A falta de acompanhante para alguns pacientes leva a sobrecarga do trabalho das auxiliares de enfermagem, pois não há outro profissional dentro do hospital que tenha esta função. Assim, percebi que as enfermeiras também se sentiam sobrecarregadas, pois ao executarem mais atribuições, as auxiliares de enfermagem, passavam a cobrar das coordenadoras de plantão, que são as enfermeiras, mais descanso e tempo para sair do setor. É o que expõe a Enf.3:

Há os horários de medicação que pode ser de seis em seis horas e de oito em oito horas, doze em doze horas e, dependendo do tipo de medicação, por exemplo, se for um antibiótico, não posso permitir que todo mundo abandone o setor e passe da hora de dar a medicação ao coitado que já está ali nessas condições de doença pesada, porque ninguém se engane, estar aqui dentro não é para todo mundo, são para alguns que não tem pra onde correr e, pelo menos a minha equipe busca tratar bem o paciente, mas quando não estou na minha equipe, não posso dizer muita coisa se não, algumas pessoas levam para o lado pessoal (...)?

Ainda com relação às medicações, esclarece Vivi: “Vou entrar 22 horas no isolamento hoje, mas ele já tomou o dia inteiro o antibiótico de seis em seis horas. A prescrição do dia vence quando completar 14 horas da tarde de amanhã (...)”. A auxiliar de enfermagem neste dia estava responsável por medicar um paciente que se encontrava em um isolamento e explicava para mim a necessidade de se cumprir os horários, especialmente, com esse tipo de doente que segundo ela: “(...) não há muita expectativa de um paciente neste estado dar a volta por cima (...)”.

A noção de procurar entender as percepções das profissionais de saúde partir de suas práticas profissionais de trabalho, desde o início me fez ficar diante de que a compreensão do processo de medicalização, confere um status muito maior do que aquele “do sujeito que faz uso de medicamentos”. No meio da vivência cotidiana entre a vida e a morte, entre a complexidade da doença e da saúde, as auxiliares de enfermagem se percebem como as profissionais que cuidam diretamente com a medicalização dos corpos dos pacientes. Posto isso, segundo algumas falas como a de Vivi: “Os médicos aqui na área verde deixam a desejar ao paciente e aos familiares (...)”. Continuando, frisa: “(...) com a gente da enfermagem são

poucas as palavras (...) têm uns que só conheço de vista. Aqui eles não duram muito tempo. Você se for procurar um só vai ver ele naquele dia, depois nada”.

A ideia de que os médicos não passam muito tempo pelo corredor do primeiro andar e, que também não entram nas enfermarias para olhar o paciente, por exemplo, depois de uma cirurgia. A percepção que eu tive é que as auxiliares de enfermagem e enfermeiras gostariam que, os médicos tivessem um horário fixo de trabalho no hospital, como elas possuem. Porquanto, diminuiriam suas atribuições. Vê-los circulando pelo corredor, sem entrar nas enfermarias e nem falar com o paciente e consultar outros profissionais da equipe de trabalho, suscita nas profissionais dessas categorias incômodos, a exemplo do que disse Vivi: “(...) a gente se sente às vezes chateada, trabalhando mais do que eles e ganhando menos é isso que eu vejo que nos incomoda”. A interlocutora também fala da importância que é dada ao papel do médico por ser ele quem faz cirurgias e diagnóstica, dizendo:

Eu acho assim, eles deveriam entender que só fazer uma cirurgia não devolve a saúde do paciente. Para que haja recuperação da saúde do paciente é preciso que outros profissionais atuem, então porque minha profissão tem que ser menos importante que a dele?

Essa é uma situação presente em outras falas e remete ao quesito dos múltiplos papéis que os profissionais de saúde assumem no cotidiano de suas práticas profissionais. Os médicos possuem suas responsabilidades profissionais relacionadas diretamente ao diagnóstico e tratamento dos doentes no primeiro andar. Entretanto as auxiliares de enfermagem têm outras responsabilidades com o doente além de compartilhar com o médico a mesma responsabilidade do cuidado intensivo, cuidando no dia a dia o doente.

Desse modo uma fala importante relacionada ao que venho argumentando é a da Nilza:

(...) quando a colega que está com uma enfermaria muito pesada não puder virar um paciente sozinha, ela não tem pra quem recorrer, se chamar um maqueiro, vão dizer que não é função deles e não é mesmo, eles não ajudam. Algumas colegas não gostam de ajudar as outras, só se for pra dizer que vai ficar com o plantão, aí já é outra coisa, é troca de plantão. Eu, quando uma colega precisa eu ajudo. Não tenho mais força nas mãos pra pegar o paciente pra mim, entende? Mas eu tenho experiência, primeiro viro ele de um ladinho, depois pro outro. Eu queria que algum médico dissesse a mim que se não fosse a gente limpando a merda dos pacientes que eles operam, se eles iriam sarar. Dizem nada! Sabe o que é nada, eles não falam nada. Simplesmente operam e, depois que o paciente chega no leito, pode ir ver quando você vier de novo, que eles não passam para olhar. E a gente tem o

dever de fazer curativo, dar satisfação ao doente e a família todos os dias. Aí eu digo mesmo, sei que não é culpa de ninguém, mas eu falo: “Eu não sou Serviço Social. A senhora quer informação, pegue direto no fim do corredor, dobre a primeira à esquerda e bata lá” (...).

Ao final de sua fala sobre esse assunto a interlocutora disse: “Eu tenho muitos anos nesse tipo de trabalho”. Sua fala reforça o que ela havia descrito até aquele instante. E o seu semblante demonstrava que pelos seus anos de trabalho, tudo aquilo que ela havia descrito já fazia parte de seu cotidiano profissional, produto de suas experiências. Quando Nilza diz: “Eu queria que algum médico dissesse a mim que se não fosse a gente limpando a merda dos pacientes que eles operam, se eles iriam sarar(...)”, ela dá significado à importância da sua profissão para com a recuperação do paciente. Ao mesmo tempo, tenta mostrar para mim que embora os médicos “operem”, não são eles que têm o cuidado diário com o doente e, dessa maneira, deixa uma provocação para a pesquisadora que a escutava: “Eu queria que algum médico dissesse a mim que se não fosse a gente limpando a merda dos pacientes que eles operam, se eles iriam sarar. Dizem nada!”. Embora eu não seja médica e, a interlocutora soubesse da minha função naquele espaço social, naquele momento, tendo em vista não ser esse o nosso primeiro contato, ela lançou uma provocação em forma de desabafo para mim que estava interessada em escutar acerca de suas interações no espaço social onde nos encontrávamos naquele instante.

4.2 As Práticas Profissionais no Espaço Social do Primeiro Andar

Bourdieu (2007) conduz sociologicamente o leitor a compreender como o gosto diferencia as pessoas e desenvolve mecanismos de distinção entre os grupos sociais, cujas estruturas pressupõem a aproximação de um determinado fragmento de classe que compartilha do mesmo *habitus*. As práticas profissionais das auxiliares de enfermagem e das enfermeiras são expressões de um sistema de disposições, materializadas dentro de um sistema de estratégias e práticas internalizadas por cada categoria profissional. Do mesmo modo, as práticas profissionais de cada profissão no espaço social do corredor do primeiro andar, invocam um sistema distinto de disposições.

Como vimos acima, o *habitus* é uma categoria fundamental para pensarmos o *espaço social* dessas profissionais de saúde e, o mundo social traduzido, que podemos denominar de espaço de interações no corredor do primeiro andar. Para que tenham significado as práticas devem ser incorporadas e assimiladas mediante um processo de interação social em um ambiente que se constrói a partir das práticas legitimadas no grupo.

Assim, podemos entender esse sistema de distinções na profissão de Auxiliar de Enfermagem, pois a posição em que essas profissionais se encontram no primeiro andar é, em maior número em relação aos demais profissionais (são 08 auxiliares em cada ala – C, D, E, F e G distribuídas pelas enfermarias em escalas rotativas), e assim poderíamos considerar como dominante em condições de julgamento, pensando com Bourdieu (2007). Porém, se tratarmos em hierarquia, requisições por setor, qualificação profissional, dentre outros distintivos, possivelmente a profissão de Auxiliar de Enfermagem, não seria a central, principalmente, neste último requisito citado. Isto tem a ver com o fato de a profissão de Auxiliar de Enfermagem, requerer como currículo apenas o ensino fundamental, diferentemente do Técnico de Enfermagem que exige o ensino médio. Dessa maneira, o auxiliar de enfermagem divide o espaço do corredor do primeiro andar com outras profissões de nível superior.

As condições diferentes de existência produzem *habitus* diferentes. Assim, cada experiência vivida e interiorizada pelas auxiliares de enfermagem, compreenderá em novas percepções, ajusta-se também os diferentes espaços sociais onde exercem suas atividades profissionais. As práticas realizadas por diferentes *habitus* aparecem como propriedades com diferenças objetivas nas condições de existência. Assim, a utilização dos esquemas de percepção e de apreciação pelas profissionais auxiliares na identificação, interpretação e avaliação de traços, os quais retratam os estilos de vida das auxiliares de enfermagem.

De acordo com essa percepção de Bourdieu o *habitus* surge, ora como *estrutura estruturante* servindo para organizar a percepção das práticas e, ora como *estrutura estruturada*, sendo um produto da incorporação da divisão de classes sociais para percepção do mundo social. A divisão de classes sociais, pode ser entendida dentro do universo de inserções que são submetidas às auxiliares de enfermagem, desde a função que executam no hospital até a função de mãe, de professora, de esposa, de vizinha, de amiga, enfim. É o que acontece com Nana (57 anos): “Aqui no hospital eu sou uma profissional de saúde pronta para ajudar as colegas, dentro da enfermagem. Mas quando saio daqui sou mãe e avó, tenho minha netinha, (...) na escola em que dou aula sou professora (...)”. O sistema de diferenças forma a identidade social e é aí que ela é definida e afirmada.

Nas disposições dos *habitus* se encontra toda a estrutura do sistema das condições, podendo definir certas categorias como rico ou pobre. Essas categorias definidas servem como princípios fundamentais da estruturação tanto das práticas quanto da percepção das práticas. Um dos pontos paradigmáticos da etnografia é justamente a análise de dados que são transmitidos pelos próprios agentes que atuam. A subjetividade não é apenas aparente, mas completa o olhar científico do pesquisador para com seu objeto. Assim conforme Bourdieu (2007, p.164):

Os estilos de vida são, assim, os produtos sistemáticos dos *habitus* que, percebidos em suas relações mútuas segundo os esquemas dos *habitus*, tornam-se sistemas de sinais socialmente qualificados - como “distintos”, “vulgares”, etc.

As práticas de um agente, ou de todos os agentes, são o produto das transferências de um campo para outro campo inserido nos esquemas de ação. Ou seja, é possível identificar a maneira peculiar de cada artista com a sua obra, por exemplo, a tela pintada por um determinado artista plástico não poderá ser originada da mesma maneira por outro, desse modo, nenhum outro artista dará a mesma reprodução que foi dada pelo artista. Esse parâmetro seguiria da mesma maneira para os demais agentes sejam eles; artistas, assistentes sociais, médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, dentre outros.

A respeito disso, evidencia Bourdieu que a diferença está no *opus operantum* que por sua vez encontra-se no *modus operandi*, este deve ser entendido como um conjunto de propriedades que cercam o indivíduo, como livros, roupas, casa, carro etc. Mas, será nas práticas das pessoas, isto é, dos agentes que se manifestarão as diferenças nas escolhas tanto pessoais quanto profissionais.

Dentro desta dimensão, podemos situar as falas das entrevistadas quando perguntei a cada uma, individualmente: “Você teve alguma motivação na sua escolha profissional?”, no geral, elas não tiveram nenhum questionamento quanto a me dar uma resposta imediata à pergunta Luana é um exemplo: “(...) isso faz tempo e confesso que hoje em dia não atende mais o que eu desejava (...)”. Essa era uma pergunta que driblava o tom da conversa para novos recantos ainda inexplorados. Embora o teor de desgosto tenha sido evidente, a todo instante era difícil eu ficar fugindo dos assuntos repetitivos ligados a falta de dinheiro.

Foi a preferência em serem profissionais de saúde a exemplo das “auxiliares de enfermagem”, feita anteriormente por cada interlocutora, que as distinguiu de outras mulheres que também optaram em trabalhar, porém em outras atividades profissionais, ligadas a outros

campos: Engenharia, Economia, Direito dentre outros. Esta capacidade de apropriação simbólica exprimiou nas auxiliares de enfermagem um subespaço simbólico, pois é a partir da execução do seu trabalho, que elas ocupam um espaço na hierarquia funcional na instituição onde trabalham neste caso, no Hospital Geral do Estado. Essas mulheres trabalhadoras preenchem o quadro de profissionais da área verde (corredor do primeiro andar) e assim englobam em seus estilos de vida todas as interações advindas das relações que travam no espaço social. Entretanto, as relações que são travadas neste espaço, não se restringem ao mesmo, pois há uma internalização de informações, gostos e outras preferências a mais, que as profissionais de saúde levam para além do seio hospitalar.

A apropriação simbólica de certos referenciais determina as escolhas pessoais, como vestuário, linguagem, trabalho, lazer, modo de vida e outros aspectos relacionados ao cotidiano de suas vidas. É o que acontece, geralmente, com as enfermeiras que por serem minoria em relação às auxiliares de enfermagem, criam mecanismos de diferenciações dessas, uma vez que, necessariamente pelo tipo de prática profissional, necessitam trabalhar em colaboração mútua.

Ou seja, depois de entrevistar as auxiliares de enfermagem nas diferentes alas, (C, D, E, F e G), observei certas situações que me encheram de interrogações. Uma dessas situações corresponde ao relacionamento entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Percebi, que as profissionais enfermeiras detinham entre elas certas informações a respeito de assuntos diversos que gerava entre as auxiliares de enfermagem uma certa curiosidade “desconfiada”. Esse foi o tema tratado pela auxiliar de enfermagem Mariah: “Eu já vivo desconfiada da ala que eu estou este mês, a coordenadora que caiu lá, não é da boa. Ela gosta muito de andar de cochicho com as outras e eu não tenho esse gosto (...)”. A respeito dessa curiosidade “desconfiada” Nilza falou:

Eu sei e todo mundo que tem olhos vê aqui dentro quem é bom ou ruim. Pois bem, pelos anos aqui, consigo distinguir a pessoa que quer ver meu bem e a que não quer. (...) algumas pessoas que eu não vou citar o nome, só vou dizer que são enfermeiras (cochichando em meu ouvido) gostam muito de falar da vida alheia. Não é porque se tem o poder de fazer uma escala de trabalho que vai espalhar a gente como querem (...). O meu tempo de ligar para essas coisas já passou, mas de vez em quando você vai ver aqui umas bichinhas (enfermeiras) ruinzinhas.

O fato de um assunto se manter fechado em uma equipe de trabalho em um turno ou em uma categoria profissional, como aconteceu no caso das enfermeiras, geralmente, para as auxiliares de enfermagem era fator de desconfiança. Ainda segundo Nilza: “(...) se eu te faço

mal você tem todo direito de se afastar de mim. Mas eu não te fiz nada e você fica de conversinha por aí, é porque não se tem respeito”. A Nilza é a auxiliar de enfermagem mais antiga no corredor do primeiro andar. Conseguir entrevistá-la não foi tão fácil, pois ela resistiu às entrevistas como quem resiste a algo que vai ser cansativo ou demorado.

Uma questão segundo a interlocutora que a levou a não contribuir com a pesquisa quando a convidei, foi o fato de não possuir tempo suficiente para me dar as informações que eu precisava. Até o primeiro momento em que a convidei e falei que seria uma pesquisa de campo para a elaboração final da minha dissertação de mestrado, ela demonstrou compreender do que se tratava, porém pensou que iria preencher fichas de questionário e que não passaria daí.

Quando a busquei novamente para entrevistá-la, a auxiliar de enfermagem anfitriã me revelou não poder contribuir, pois segundo ela: “Eu acho que não vai dar tempo porque eu tenho que por as tarjas das medicações, minha filha, pra você esperar vai ser ruim (...)”. Chamou minha atenção a preocupação da interlocutora que passado algum tempo, quando já estava fechando o grupo de entrevistadas, resolveu participar da pesquisa.

De fato, ficou claro para mim que a aceitação em colaborar com a pesquisa por parte de algumas auxiliares como a Ana (54 anos), Luana (42 anos) e Nana (57 anos) colaborou na mudança de postura de Nilza (70 anos). Sua idade me chamou a atenção, pois naquele ambiente não havia nenhum profissional com idade tão avançada e ainda exercendo a profissão. Portanto, para mim, ficou claro que sua aceitação depois que suas “colegas” aceitaram o convite para participarem das entrevistas, era uma forma de demonstrar que ela estava confiante naquele momento em me passar informações suas.

No tópico seguinte tratarei melhor sobre uma questão bastante tratada nas falas das auxiliares de enfermagem, as negociações ou troca de plantões.

4.3 Negociações entre os Profissionais de Saúde no Corredor do Primeiro Andar

Neste tópico questão muito apontada nas entrevistas, corresponde às negociações em relação às trocas de plantões realizadas entre as profissionais de saúde, sendo que somente as auxiliares de enfermagem foram apontadas como as negociadoras. Conforme as auxiliares de enfermagem as negociações de plantões tornaram-se um aspecto fundamental na prática de trabalho no ambiente do corredor do primeiro andar.

Embora não sejam todas as auxiliares de enfermagem que buscam “ganhar um extra” a partir da possibilidade aberta das trocas e vendas de plantões, percebe-se, que todas de uma maneira ou de outra estão envolvidas nas negociações. Em algum momento, segundo Ana: “Nós precisamos fazer as trocas, para poder resolver alguma coisa lá fora, fazer outras coisas fora do hospital e a gente conta com a colega se não fossem as colegas aqui dentro pra dar uma mão, a gente iria perder muito dinheiro faltando os horários”.

As auxiliares de enfermagem envolvidas em suas relações profissionais não se esquecem da vida que possuem fora do ambiente hospitalar. É o que relata Deby:

Eu tenho duas filhas, isso pra mim não é fácil, porque o meu marido teve que se acostumar com o fato de eu não estar sempre presente. Não posso dizer que sou uma mãe presente, porque eu não sou. (...) eu dou graças a Deus pelo meu trabalho, mas futuramente minhas filhas podem cobrar o tempo que eu hoje não dediquei na criação delas. Meu marido parou de questionar os plantões, porque eu falo para ele: eu ganho um salário que é pequeno você quer que eu abandone meu emprego, pra viver de quê? Eu praticamente sustento minha casa, porque aqui eu faço trocas, recebo um dinheiro aqui em cima (corredor do primeiro andar) e, quando precisam vou pra perigosa (refere-se à área azul que fica localizada no térreo), mas eu ganho mais dinheiro é quando estou na escala fixa do extra.

O trabalho no âmbito da saúde se mostra oneroso e com muito dispêndio de forças físicas e mentais para algumas trabalhadoras entrevistadas. No entanto, a única forma que possuem para garantir a sua sobrevivência e, algumas vezes da própria família é a partir da remuneração mensal que recebem, isto é, salário associado ao dinheiro oriundo das negociações de plantões. A fala de Deby coincide com a de Luana referente à necessidade em ter que trabalhar mais para dar uma qualidade de vida melhor para a família, especialmente, aos filhos: “(...) o meu trabalho é tudo pra mim hoje, porque pago a escola da minha filha, o plano de saúde dela”.

A situação colocada por Deby e Luana remete a compreensão da obra de Giddens para quem (2008, p.33): “O dinheiro é um exemplo dos mecanismos de desencaixe associados à modernidade (...)”. “O dinheiro propriamente dito, entretanto, é obviamente uma parte inerente da vida social moderna bem como um tipo específico de ficha simbólica”. As duas entrevistadas situaram seus relatos entre a necessidade de trabalharem e a de proverem seus lares. Deby falou: “Eu praticamente sustento minha casa (...)” enquanto Luana disse: “(...) porque pago a escola da minha filha (...)”. As duas justificam para além da mera execução de suas rotinas de trabalho, a precisão de trabalharem em escalas extras (escalas mensais de trabalho para as auxiliares de enfermagem que compõem o quadro efetivo de profissionais, solicitadas pela coordenação de enfermagem para suprir a demanda hospitalar) para ganharem uma remuneração maior e, conseqüentemente, ofertar uma qualidade de vida melhor para seus familiares que, no caso, de Luana é ter a capacidade financeira de pagar a escola de sua filha e o plano de saúde da mesma.

Dentre as profissionais de saúde é possível identificar formas diversas de estilo de vida, manifestos nos relatos de suas experiências pessoais. No âmbito do trabalho, nem todas as auxiliares de enfermagem têm a profissão como algo penoso ou como a única alternativa para sobreviverem. A este respeito Nana e Mariana relatam que trabalham em outros lugares em outros ofícios. Ambas trabalhando em outras instituições têm práticas profissionais diferenciadas das que possuem no hospital de alta complexidade onde trabalham. Nana que trabalha em uma escola onde exerce a função de professora, disse:

Eu ter conseguido me formar foi a melhor coisa que me aconteceu numa época em que as coisas não eram tão fáceis como hoje, primeiro que eu já trabalhava pelo Magistério, depois fiz o concurso no interior e fui embora assumir. Minha família sempre me viu como uma pessoa esforçada, eu tive filho cedo, fiquei viúva e casei novamente. (...) No meio de tudo isso eu vim assumir meu emprego no Estado na enfermagem que mesmo cansada com a minha rotina, tento ajeitar tudo (...) a nossa vida vai passando e eu sei que o que eu tinha que fazer já fiz (...).

Já Mariana narra um pouco de sua trajetória, dizendo que embora seja formada em Enfermagem e seja “concursada federal” trabalhando na área, ela confessa gostar muito do trabalho que faz no hospital de emergência, e relata:

Minha história é um pouco assim de tudo. Eu gosto de viver sozinha, me sustento com o dinheiro que recebo dos meus dois empregos. Sempre foi desse jeito. Quando entrei no Estado como auxiliar de enfermagem, eu não

sabia que iria mais tarde fazer outra coisa. Fiz o vestibular e passei numa faculdade paga mesmo. (...) hoje eu já tenho oito anos de formada e já estou trabalhando na minha área (...), eu acho besteira esse povo que diz que uma profissão é melhor que a outra, não acho isso. Eu digo assim: tem lugar que você trabalha mais e outros que trabalha menos. É o caso da gente aqui no HGE (Hospital Geral do Estado) que trabalha muito, demais até. Mas lá (outro hospital em que a interlocutora trabalha), o trabalho é menos porque a gente não lida com as enfermarias topadas de doentes como aqui, tá vendo, não é? Você deve ver que dificilmente um leito fica sem ninguém. Mas mesmo com tanta coisa para fazer eu gosto daqui porque aqui eu tenho colegas, é mais fácil fazer as trocas, inclusive eu estou terminando uma pós-graduação na minha área e conto com as colegas pra trocar os horários. Lá é mais tímido essas coisas, sabe, tem mais protocolo e é tudo entregando as chefes, eu sou chefe lá também e falo do que eu sei.

Tendo em vista a narração da história profissional de Mariana, percebi que embora ela esclarecesse que morava sozinha e que só tinha gastos financeiros consigo mesma, ela necessitava fazer trocas de plantões para possibilitar a continuação de seus estudos. Ficou claro para mim, ali apenas a escutando, que mesmo atuando como enfermeira em outro hospital e recebendo a remuneração mensal deste, o trabalho no corredor do primeiro andar, onde ela exerce a função de auxiliar de enfermagem há mais possibilidades de ganho financeiro, por meio das escalas extras e das trocas de plantões.

Embora a problemática do trabalho tenha sido o foco nas entrevistas, algumas interlocutoras relacionaram a trajetória profissional em suas vidas à ausência e presença de seus familiares em seus cotidianos. Nem todas as profissionais entrevistadas, mesmo com todos os argumentos do tempo dedicado ao ambiente de trabalho, gostariam de trabalhar em outras atividades. Algumas falas sugeriam a negação em mudar de profissão, pelo menos no campo da aptidão. Porém na questão remuneratória, algumas interlocutoras mudaram de opinião a exemplo de Ana: “(...) agora o hospital está cheio de bactérias. Eu mesma gostaria de um dia poder mudar de profissão, mas eu não tenho mais tempo pra estudar”. Mas adiante a interlocutora refere-se ao obstáculo que encontra quando pensa em mudar de profissão: “(...) quando eu saio do hospital me sinto muito cansada, só penso em dormir e dormir. Já me acostumei, minha vida é assim por muitos anos e nem ganho o suficiente, não consigo estudar é uma chatice (...)”.

Nas percepções das interlocutoras no corredor do primeiro andar convivi com visões distintas quanto ao mesmo objeto, suas práticas profissionais. Para algumas trabalhadoras o trabalho significa uma necessidade que impõe comparecimento diário ao ambiente hospitalar, para estas e outras, a ausência na família é um dos pontos que determinam as trocas de plantões, como mostra a fala de Luana:

Eu preciso trocar muitos horários com as colegas por causa da minha filha, ela já esteve com anemia e precisa muito ir ao médico (...). Outro dia ela questionou se eu iria poder ir na festinha da amiguinha da escola (...), tenho muito medo dela crescer sem a presença da mãe, já que tem que suportar não ter um pai pra contar, sou separada do pai dela (...).

A interlocutora fala que “precisa trocar muitos horários” para ficar mais perto da filha, justificando pelo fato de a mesma necessitar “ir muito ao médico”. Por ser separada do pai da filha, Luana não deseja que ela cresça longe da mãe e, para isso busca negociar seus horários de plantões. Pude perceber com o passar dos dias de investigação no corredor do primeiro andar que as negociações eram um tema muito popular. E busquei, por meio das interlocutoras, saber mais a respeito.

Os negócios, isto é, as trocas de plantões realizados entre os profissionais de saúde nas mais variadas funções não é segredo para ninguém no hospital. Não há o que esconder as trocas de plantões se tornou um hábito num ambiente de trabalho como, por exemplo, num hospital de alta complexidade. No primeiro andar, a troca de plantões entre as auxiliares de enfermagem, é um dos assuntos mais comentados entre elas, o interesse se justifica por aquilo que denominam de “ganho” ou “receber um extra”.

4.3.1 Adensando a Reflexão sobre os Significados da Troca de Plantões

Iniciarei este tópico descrevendo um episódio percebido por mim na ala C. Às 17 horas e 56 minutos aparecem na ala C um maqueiro (profissional encarregado pela locomoção de pacientes na maca) e um vigilante. Os dois estavam vindo do térreo (ou área azul). O aparecimento dos dois não causou nenhum espanto nas cinco auxiliares e, também, na Enfermeira chefe que lá estava. Olhando por este ângulo nada demais teria neste aparecimento, fato corriqueiro. Porém, aquela visita significava um pedido de consentimento ou uma negativa quanto à redistribuição de pacientes naquela ala e naquele horário.

Já era prática comum, funcionários irem, pessoalmente, na ala em que vai ser realizada a redistribuição ou uma nova internação de algum paciente que necessariamente estivesse em uma das áreas (azul, vermelha ou amarela). Quando perguntei sobre a redistribuição, Luana se adiantou: “Essa redistribuição tem sido bastante presente nos últimos meses, principalmente,

depois das infecções generalizadas em pacientes que estão internados já algum tempo”. É devido à generalização das infecções, citada pela interlocutora que surgiu “o quarto do isolamento” de pacientes infectados por bactérias no primeiro andar.

Assim seguiu meu interesse por aquela visita, do maqueiro e do vigilante, até porque antes da chegada deles estavam todas *contentes* aguardando o término do plantão. Depois, que elas os avistaram, começaram a falar em um tom de voz alto e, também esqueceram que eu estava ali, as escutando. Só depois, percebi que os dois foram na intenção de negociarem a subida de dois pacientes que se encontravam no pronto-atendimento (área azul). O diálogo foi curto entre os dois e as auxiliares. Escutei tantas vozes, tantas interrogações, que pude anotar algumas do tipo: “só agora?”, “por que pra cá?”, “ninguém me bote mais nessa ala, entendeu”. Nilza logo exclamou: “Ah não! Agora? Vocês vêm do nada dizer que vão jogar aqui pra gente, que já estamos de saída, meu bem? Logo dois pacientes, de caso clínico geral, pra gente cuidar, pra mim ter que passar do meu horário de largar. Eu mesmo não aceito isso não”. Quando acreditava que já estava concretizada a negociação, surge outra voz: “A gente aqui é depósito de tudo, tudo é trazido pra essa ala C (...)”, Vivi auxilia a colega na questão: “É mesmo, a pessoa vai ficando aqui e aturando esse povo, é difícil a gente dizer que trabalha feliz (...)”. Mudando de tom, agora falando mais baixo: “é difícil, eu dizer que por ser essa a minha escolha profissional, eu sou feliz, porque aqui dentro não é dado o nosso valor (...)”.

Outras falas seguiam emitindo suas opiniões sobre a internação dos dois pacientes, os quais estavam aguardando no corredor do térreo. Todas as falas questionavam o horário em que foi solicitada essa transferência, Luana chegou a falar: “Eu sou escrava desse (...), minha gente tenho uma bebê me esperando em casa (...)”, referindo-se a filha que tem 06 anos.

A questão colocada aqui é sobre as negociações que ocorrem no interior das práticas profissionais dessas mulheres. O interessante é que o maqueiro e o vigilante antes mesmo de abrirem a boca, foram atacados com muitos argumentos e, só depois puderam falar o que queriam.

Na realidade, eu percebi que já havia uma relação de negociação entre elas e os dois. Eles tinham ido para lá pedir a liberação ou consentimento para somente a partir de então deslocarem os pacientes para as enfermarias de internação. Embora a coordenadora da ala estivesse presente no momento de negociação, não houve nenhuma intervenção, nenhum posicionamento contrário nem a favor. Finalmente, cessados os argumentos (que me pareceram mais desabafos que interrogatório dos dois), foi consensual entre todos, inclusive o maqueiro e o vigilante, ficando acertado que somente após as 07h30min eles iriam realizar essa redistribuição, ou seja, depois da troca de plantão. Depois de acertado o acordo, os dois

foram embora como que “satisfeitos” com o resultado.

É perceptível que as negociações se dão nas mais variadas profissões e de diversas maneiras. Algumas práticas mais comuns do campo investigado, geralmente, são: “dar uma cobertura para uma colega”, “uma colega ir dormir (ou descansar) mais cedo”, “se vai descansar de meia noite ou às três horas da madrugada”, “ir na cantina fora do horário de refeição”, até mesmo o fato de uma largar mais cedo que as outras, vai depender de uma negociação prévia. Geralmente, essas questões dependem de muitas outras circunstâncias, pois é preciso que a colega que está necessitando, posteriormente: “dê uma forcinha nos afazeres das outras, como pagamento”, mas isso não é visto como ruim, ao contrário é uma negociação! Certa vez, Luana pedindo a Ana que “cobrisse” (termo usado para designar que uma profissional está ajudando outra, enquanto esta se encontra fora do setor) a sua enfermaria, pois ela teria que se ausentar para levar sua filha ao médico, para tanto ela precisava sair naquele momento, tendo em vista que ainda iria buscá-la na escola, dizendo: “Tu fica aí Ana, mulher, que eu vou logo, volto já (...)”.

A lei da troca, do *tome lá dê cá*, nada fica de graça e muito menos escondido. Existe um mecanismo do cochicho, caso a negociação tenha falhado. Até mesmo para mim já denunciaram uma colega que descumpriu um acordo que foi firmado entre elas. Isso não é muito apreciado por lá, inclusive pelas coordenadoras, que preferem que as próprias auxiliares dividam seu tempo, contanto que a equipe não seja desfalcada, como bem expressou a coordenadora de plantão.

Essa relação de negociação não ocorre somente na ala C, nem tampouco somente com as auxiliares, vigilantes e maqueiros, enfim, com as classes de trabalho de nível elementar e médio, como se houvesse uma distinção de status dentro das categorias profissionais. Já tive oportunidade de entrevistar outras profissionais de saúde, em outras alas, até mesmo no corredor da área azul e amarela, chegando a um entendimento de que há uma relação de permissividade, cortes, retaliações e, até mesmo casos de exclusão dos grupos, ou das equipes de trabalho.

A situação das ‘trocas de horários’ ou venda de plantões, como acontece na maioria das vezes entre as profissionais de saúde, revela outras façanhas que somente o ganho de um dinheiro extra. Leva-se em consideração, em uma troca de horário, o nível de confiabilidade que uma profissional tem pela outra. Mariana afirma: “Eu olho muito pra colega que não falta de jeito nenhum daí quando eu preciso, passo para ela o meu horário”. Mas nesta conversa a entrevistada também revela que mesmo depositando confiança em algumas profissionais que ela estipula como ‘*compromissadas com o trabalho*’, principalmente, com o horário de

entrada no plantão, fica decepcionada quando passa um plantão para alguém que repassa para outra pessoa sem ao menos avisá-la. Ou seja, mesmo vendendo seus plantões a interlocutora, exige eficiência no cumprimento dos horários.

Assim, é claro que existem casos de divergências, principalmente com relação à hierarquia institucional. Mas uma questão que percebi dentro desta temática é acerca das negociações em prol das trocas de horários, uma colega que tira o horário da outra, por exemplo: “Y trabalha a manhã do dia 20-03-11 para Z, por sua vez Z para pagar aquele horário, trabalha a manhã do dia 24-03-11 para Y”. As trocas do período da manhã e da tarde, geralmente são efetivadas como “um dia corrido”, como denominam e, já existe um valor fixado por todas: pelo preço do trabalho diário, em torno de 60,00 a 70,00 reais.

Entretanto, o horário noturno vale muito mais que o diurno e, geralmente é o mais cobiçado, por valer 100,00 reais em dias comuns e um pouco mais em feriados e fins de semana. As auxiliares preferem negociar seus horários até mesmo por um valor “absurdo de caro”, do que receberem um desconto por falta na folha salarial.

A maioria das trocas de plantão noturno é muito mais uma venda do plantão que, propriamente, uma troca. Como no exemplo citado acima, o mecanismo, é este: a pessoa que precisa negociar o plantão começa a perguntar se alguém quer trocar, ou seja, “trocar um dia pelo outro” sem dinheiro envolvido no processo, ou por dinheiro. Algumas chegam a colocar um bilhete no mural da ala com o número de telefone, mas não é difícil aparecer alguém que queira a *mercadoria*, e quando aparece, falam: “olhe eu faço pra você por X”, a pessoa que quer vender, ou vende de imediato, para não perder a oportunidade, ou faz como Idália: “às vezes eu olho direitinho se quero passar meu horário pra tal pessoa, porque pode dar problema. A colega pode chegar atrasada, plantão é coisa séria (...)”. Desse modo a partir desta descrição, é possível perceber que há ressalvas quanto às trocas, mas logo que trocam, encerram-se as negociações.

Fiquei sabendo de um caso, certa vez, cuja ‘profissional’ foi apresentada a mim, pela mesma pessoa que havia me contado da situação. Este caso passou um período sendo bem comentado pelos corredores: um descumprimento de acordo travado entre “colegas” e, que chegou ao ouvido da coordenadora geral da área verde. Tratava-se de uma escala de trabalho mensal, que a profissional tirava os plantões para uma colega que estava impossibilitada por problemas pessoais, daí aconteceu de ela cobrar valores bem maiores por plantão, manhã, tarde e noite. Quando a colega voltou, chocada com o valor cobrado, saiu comentando para as outras e a partir deste dia, todas passaram a boicotar a “fulana”, não passando mais horários para ela tirar, nem fazendo trocas, chegando ao ponto de não convidarem ela para o amigo

secreto de dezembro de 2011. De fato, cada grupo se dá o encargo de fazer seu juízo de valor, mas esse caso descrito denota um bom exemplo de retaliação de um grupo sobre um membro.

O fechamento de escalas de trabalho (mensal), por exemplo, é um evento esperado por todas; se por acaso existir alguém no grupo que está sem falar com uma ou mais colegas, seja por problemas do próprio trabalho ou pessoal, a coordenadora prefere excluir a pessoa foco da situação, mudando a pessoa de ala, ou até mesmo quando o caso é mais grave e de clamor geral no primeiro andar, o profissional é deslocado para o corredor do pronto-atendimento pela coordenadora da área. Mas em casos em que firam a ética médica ou do hospital, chegam a ser transferidos para outros hospitais da rede pública.

4.4 Relações de Hierarquia Funcional entre Enfermeiras e Auxiliares de Enfermagem

Neste tópico abordarei as relações hierárquicas dentro do corredor do primeiro andar entre as enfermeiras e as auxiliares de enfermagem. A liderança exercida pelas enfermeiras que são as coordenadoras das alas é assunto na pauta das auxiliares de enfermagem. O primeiro andar possui cinco alas (C, D, E, F e G), cada ala possui um número de, aproximadamente, 08 auxiliares de enfermagem. No total tem-se 32 auxiliares de enfermagem, sendo 04 coordenadoras por ala e 01 coordenadora de todo corredor do primeiro andar. As “alas” também são conhecidas como setores de enfermagem. Haja vista esses números, a relação de hierarquia entre as profissionais de saúde, são bem destacadas. Com relação a esta questão ressalto a fala de Ana:

Não posso dizer nada da minha coordenadora, ela é assim, ora tá de cara dura, mas ela me cobre às vezes que chego atrasada, e às vezes digo: mulher me bota naquela escala, aí ela vai e faz, então, umas são mais rígidas, outras são melhores. *Sicrana* é uma boa coordenadora, uma vez peguei ela no amigo secreto, fiz questão de caprichar no presentinho, (...).

Certa vez, a mesma entrevistada, falou do mesmo assunto e, assumindo estar desapontada com a coordenação:

Acho complicada a relação aqui dentro (...), fulaninha falta, falta, chega atrasada, e não responde por nenhum ato desse. Agora vem a gente que precisa dar um pulinho ali, receber chamada? Você acredita, nisso? É por isso que eu estou com a cara assim: vermelha, é de raiva mesmo.

Quando se referem aos outros profissionais, as auxiliares de enfermagem raras vezes falam no masculino: os colegas, os auxiliares, geralmente se remetem a outras colegas de profissão, no feminino. A coordenadora apesar de ter a relação com o nome das profissionais que irão trabalhar em cada turno, não faz vista grossa às trocas e às vendas. Ao contrário, exigem apenas que não haja falta, o que particularmente causa muita polêmica, pois “faltar” para as auxiliares de enfermagem significa deixar mais trabalho para uma colega. Portanto, muitas preferem até quando doentes irem trabalhar, como diz Mariana: “(...) a gente vem doente e é cuidada por aqui mesmo, os médicos não, ignoram a gente mesmo, mas as colegas dão uma força, mas a gente não pode faltar de jeito nenhum”.

Ao conviverem cotidianamente com o adoecimento, com encontros e despedidas de pacientes internos, as profissionais de saúde se encontram em uma equipe de trabalho que é contínua, só ocorrendo mudanças quando há trocas negociáveis de plantões, que vale frisar acontecem todos os dias. A Enf.2 que estava como coordenadora de plantão da ala C destaca: “A minha equipe de trabalho é tranquila, aqui a gente se entende, ninguém fica de mau humor trabalhando, até porque para estar trabalhando num ambiente desse é preciso gostar do que está fazendo (...)”.

Outra questão trazida por esta coordenadora de plantão corresponde à responsabilidade que cada trabalhadora tem com a sua prática, dizendo: “Aqui não adianta arrependimento, eu não levo em consideração isso não. O profissional tem que saber o que está fazendo, o tipo de material que está usando”. A entrevistada está falando particularmente com relação às auxiliares de enfermagem que são diretamente subordinadas à enfermeira de cada setor. Pois cada setor possui apenas uma enfermeira, no primeiro andar têm-se cinco alas com também cinco enfermeiras.

Em seguida a interlocutora fala a respeito da relação hierárquica entre uma auxiliar de enfermagem e a coordenação, ressaltando: “Trato todas as funcionárias por igual, não tenho discriminação com ninguém, mas percebo quando uma funcionária quer fazer do meu plantão bagunça”. Logo a Enf.2 revela o que acontece quando ela descobre que algum profissional está ‘fazendo bagunça’ no seu setor de trabalho: “É impossível exercer sua atividade bem com alguém querendo bagunçar. Quando eu percebo isso convido o funcionário para ir pra casa ou trocar plantão, mas aqui no setor não aceito não bagunça”.

Para a interlocutora o termo ‘bagunça’ foi a maneira pela qual ela quis expressar a respeito de uma conduta irregular por parte de um profissional, seja por meio de irresponsabilidade no setor ou como também relacionado aos erros nas tarefas do dia a dia.

Outras questões como se ausentar do setor sem pedir autorização e, sem ao menos informar aos colegas que está saindo é um dos grandes problemas no corredor do primeiro andar. Chegar atrasada no setor depois de ter saído por um longo período, mentir para a coordenadora dizendo que alguém da família está passando mal e que deu entrada no térreo, como uma maneira de fugir do setor e conseqüentemente do trabalho, são fatores que caracterizam o uso do termo bagunça segundo a enfermeira.

Não sei se pelo tipo de trabalho (em saúde-emergência), mas a exigência que cada profissional de saúde cumpra seus deveres com rigor é sempre aclamado pelas coordenações. E, não somente pelas coordenadoras de plantão de cada setor, mas as próprias auxiliares de enfermagem exigem uma das outras uma postura de compromisso com o plantão. Esta questão do cumprimento de atividades com zelo, não deve corresponder apenas ao universo das enfermeiras-auxiliares de enfermagem, mas fica claro perceber, por exemplo, com os serviços gerais¹⁰, que no primeiro andar contam com dois fiscais permanentes de plantão. Estes fiscais acompanham toda atividade do turno dos prestadores, a sala que fica em frente a ala C é o ponto de apoio desses profissionais. Os fiscais, geralmente, fazem reuniões e, utilizam o espaço para conversarem, fazer refeições e chamar atenção dos prestadores.

Assim como os serviços gerais tem na pessoa do fiscal o seu coordenador, todos aparentemente tentam manter boas relações. Para evitar serem chamadas atenção, tanto as enfermeiras como as auxiliares de enfermagem, buscam exercer sua atividade sem necessidade de serem apontadas. Para tanto um dos pontos centrais é a entrada no plantão. Chegar na hora certa para começar a rotina de trabalho é um ponto importante no corredor do primeiro andar, pois somente depois da chegada da rendeira¹¹ é que a outra profissional poderá largar.

Como se dá essa postura cobrada umas as outras no espaço de trabalho? Inicialmente, cumpre ressaltar que a chamada é individualmente. A auxiliar de enfermagem que ‘vai largar o horário’, entra em contato, geralmente, por telefone com a profissional que está escalada para aquele turno. Busca saber onde a profissional se encontra, bem como pergunta se a mesma vai faltar naquele horário ou, se está precisando de alguém para fazer troca, logo todas as possibilidades são colocadas na mesa. Algumas enfermeiras, segundo as entrevistadas, auxiliam nas trocas de plantões. Principalmente, quando percebem que o setor vai ficar desfalcado.

¹⁰ Os Serviços Gerais são funcionários terceirizados pelo hospital. Eles não são ligados diretamente ao hospital, portanto não possuem a estabilidade que os demais funcionários concursados do hospital têm.

¹¹ Rendeira é a pessoa que vai assumir o plantão.

Geralmente quando a rendeira demora a chegar à plantonista que vai largar já sabe quem está para rendê-la, daí entra em contato e faz todo o processo, até acordar uma melhor maneira de não ter que deixar o setor descoberto, ou seja, faltando uma profissional. Segundo Nilza: “Quando não tem ônibus eu venho trabalhar de todo jeito, se não tenho que pagar alguém. Porque é melhor pra gente pagar uma colega pra tirar o plantão que receber uma falta no final do mês”. Esta questão trazida por Nilza expressa também outras opiniões apontadas pelas entrevistadas.

Quando uma profissional se atrasa, uma colega já divulga no setor, dizendo: “(...) a enfermaria 04 é de beltrana, que ainda não chegou, então, eu vou indo, vocês que estão no horário aguentem um pouco mais, que ela já já chega.” (Deby, 36 anos). Aqui é assim, se a colega que vai render demorar mais do que o esperado, ao invés das outras profissionais avisarem a coordenadora de plantão na ala, elas preferem entrar em contato com a ‘atrasada’. O problema acontece, geralmente, quando uma auxiliar resolve informar a coordenadora do atraso de uma profissional. As profissionais de saúde que vão “render” as outras, isto é, irão iniciar suas práticas de trabalho em um determinado horário depois do término do horário do plantão das outras, devem segundo as interlocutoras, avisar se por algum motivo vão atrasar ou não comparecerem ao plantão.

Com relação às coordenadoras que são as enfermeiras (chefes como são chamadas pelas auxiliares de enfermagem e demais profissionais), comumente, são ‘distantes’ aos acontecimentos entre as auxiliares de enfermagem nas alas. Há uma margem de liberdade de atuação entre as funções no corredor do primeiro andar. Essa ‘distância’ não desmerece suas práticas de trabalho. Reflete de um modo geral, a não intromissão de seu papel nas relações limitadas entre as próprias auxiliares de enfermagem. É uma forma, de não “comprar briga”, ressalta enfermeira da ala E: “Aqui é assim. Cada profissão é uma e a gente deve respeitar, esse pessoal trabalha muito e a gente também”.

Algo parecido acontece com as enfermeiras dos setores, segundo relatos de Idália, coordenadora da ala D: “Eu tenho confiança na minha equipe, que é minha, mas aqui e ali entra uma e outra que não faz o serviço como deve ser feito, daí outras funcionárias ficam sobrecarregadas por causa dessas”. Continuando ela acrescenta: “(...) Eu arrumei uma forma de não deixar as auxiliares sobrecarregadas por causa das outras que não trabalham direito, sabe o que é? Mando deixar lá a enfermaria do jeitinho que está, quero ver se a dona não vai lá”. O que a interlocutora está dizendo não é outra coisa a não ser a maneira que algumas profissionais têm de delegarem mais trabalho para outras, pois pela particularidade do tipo de

serviço que prestam, as auxiliares de enfermagem tem uma responsabilidade cada uma com determinada enfermaria distribuída pela escala mensal de plantão.

Quando uma auxiliar de enfermagem não cumpre suas atividades em suas enfermarias, a conclusão é que o trabalho não pode deixar de ser realizado. Dessa maneira, alguém terá que fazer e, nada mais justo que a responsável pela enfermaria faça. Caso isso não aconteça como acordado pela enfermeira do setor que é a coordenadora do plantão, isso será anotado e passado para a coordenadora geral da enfermagem do primeiro andar para dar uma punição à funcionária. Na maioria dos casos as infratoras vão trabalhar no térreo ou recebem descontos na folha mensal de seus pagamentos.

Um dos grandes transtornos citados por uma coordenadora de plantão, certa vez, refletia sua aflição em não saber ao certo o nome das auxiliares de enfermagem que iriam trabalhar naquela noite. E reforçou sua fala dizendo: “Gente, nós já temos, um formulário de troca de plantões. É para ele ser preenchido e entregue a gente que está aqui para isso”. A coordenadora estava chamando a atenção de todos os profissionais da ala, principalmente, as auxiliares de enfermagem, porque conforme ela: “Vocês fazem essas trocas assim, sem comunicação, e se a profissional não vir vai sobrar pra gente também, vamos ser cobradas lá em cima, porque as enfermarias encontram-se sem profissional”. Continuando a explanação, entendi o que acontecia quando coincide de faltar ao trabalho mais de um profissional numa mesma ala.

O assunto a respeito das trocas de plantões transcende as relações hierárquicas, contagiando a maioria dos diálogos nos setores. Todavia é um tema que já se tornou rotina na vida das profissionais de saúde, principalmente, das auxiliares de enfermagem.

Uma vez, escutei da coordenadora do plantão da ala F (que não faz parte do grupo de entrevistadas), o seguinte comentário para uma profissional de saúde que estava no setor: “(...) se não chegar até daqui a 20 minutos, vou ter que ligar pra quem está em casa pra vir trabalhar ou se não, quem estiver aqui vai dobrar (...). Não podem deixar o hospital sem ninguém (...)”. Logo, o questionamento que me fiz ao ouvir o desabafo da coordenadora para uma outra profissional de saúde, foi: “Como assim a profissional que já passou a noite de plantão, dobrou pela manhã, a tarde não vai poder ir embora porque a “rendeira” não vai vir?”. Por outro lado, pensei: “Como vai ficar a referida enfermaria sem a profissional?”. Esses questionamentos surgiram do entendimento que tive acerca do comparecimento das profissionais de saúde no ambiente hospitalar em seus devidos horários. Até esse dia só tinha ouvido sobre essa questão pelas auxiliares de enfermagem entrevistadas. Nessa tarde, a fala da coordenadora da ala F me chamou a atenção pelo tom que ficou deselegante no setor.

Qualquer pessoa poderia escutar acerca da falta de responsabilidade dos profissionais que atrasam ou que não comparecem ao plantão. Nesse contexto, percebi que havia alguns estagiários “residentes de medicina” em pé olhando alguns prontuários. Esses não demonstraram constrangimento a fala da coordenadora de enfermagem. Em compensação para mim que visitava o setor pela segunda vez à procura de entrevistadas, senti-me envolvida em uma situação que eu desconhecia até então do ponto de vista de uma coordenadora de plantão.

A relação entre as auxiliares de enfermagem e as enfermeiras é sempre muito dinâmica, mesmo diante de uma hierarquia funcional entre suas profissões. Percebi que o contexto hospitalar gera muitas responsabilidades para as profissionais de saúde, o que demanda outras atribuições para as interlocutoras.

4.4.1 Os Discursos das Profissionais de Saúde acerca dos Isolamentos

Os isolamentos (enfermarias, onde estão alocados doentes com enfermidades desconhecidas, ou com bactérias graves), estavam presentes em todas as alas quando a pesquisa de campo foi realizada (C, D, E, F e G). Percebi que não são poucos os casos. Por ala, pelo menos 01 enfermaria estava sendo ocupada por os doentes com bactérias. Por ocuparem toda uma enfermaria, os enfermos que antes estavam na mesma, terão que ser redistribuídos para outras enfermarias, que nem sempre é para uma mesma ala e, com a mesma estrutura física, que o comporte. A polêmica que certa vez se passava na ala E, era justamente sobre esta questão. Uma auxiliar falou:

Como é que a gente já atende tantos doentes por enfermaria, que já é pesado pra gente e, desumano pra eles, agora ficam espalhando doentes meio mundo afora. Esse pessoal não entende que é assim que as bactérias estão se espalhando pelo hospital. (...).

No mesmo mês, em dias diferentes, retornei lá e, compreendi o que tinha se passado naquele dia, em que todos resolveram tratar do assunto, pois o “isolamento” já tinha sido transferido para outra ala. Indo até lá, encontrei no percurso a mesma auxiliar que não era minha entrevistada, mas que foi bastante receptiva a falar do assunto novamente:

(...) uns vêm e dizem que, não vai ter problema, outros já falam que é ruim pra todos, eu só sei que é ruim pra mim, que sou eu que estou tendo contato direto com esse pessoal, doente de tudo. Minha gente, o hospital tem que separar esses doentes e, deveria cuidar do profissional (...).

A questão do isolamento denota muita preocupação para as auxiliares de enfermagem, no geral, pois elas não sabem até quando o quadro de contenção de risco estará em equilíbrio. Algumas reclamam menos e alegam que não tem grandes problemas, que dá até para trabalharem melhor: “(...) porque é menos cansativo cuidar de um paciente que já está mantido por máquinas e prostrado em seu leito, que cuidar de uma enfermaria com seis pacientes (...)” como refere a auxiliar de enfermagem Syl. A esse respeito diz Ana:

Aqui nem todo mundo gosta de trabalhar nos isolamentos, mas eu gosto, porque eu fico a noite inteirinha livre, para ler um livro, fofocar com as colegas (...). Olha, quando perguntam se tem alguém que quer ficar na enfermaria tal que está em isolamento, eu digo: Eu quero! Ao invés de ficar me desdobrando de um lado para o outro como acontece, por exemplo, na ala D, que é uma das mais difíceis, ultimamente, tem pego tanto paciente diabético terminal e amputado, que precisam de curativos a todo instante. Aqui no primeiro andar, não é molezinha não. Muitos acham que a gente aqui em cima ganha dinheiro fácil, pensam que o pior é somente lá embaixo, mas é aqui que a gente tem que dar continuidade aos cuidados médicos (...) o paciente isolado não tem família. Primeiro porque não podem ficar com ele dentro da enfermaria. Segundo que ele não precisa de ajuda para urinar, caminhar, não precisa de ninguém para nada, em compensação da gente ele precisa, para colocar a alimentação no cano, dá as medicações corretamente, têm suas facilidades, mas também tem suas dificuldades, pois o paciente isolado está cheio de bicho, sabe? Deixe eu lhe explicar, assim, todos têm alguma bactéria no mínimo. Aqui no hospital já foram diagnosticados vários tipos de bactérias no corpo dos pacientes (...) e eles infectam os outros.

Perguntei a Ana se ela sabia quando tinham surgido “os ditos isolamentos”, tendo em vista a abertura em tratar deste assunto, a interlocutora recuou em responder no momento em que fiz a indagação, mas justificou posteriormente:

Não sei te informar não. Isso já é velho, desde quando hospital de emergência não é cheio de doença de tudo que é tipo. Aqui dentro a gente que cuida diretamente do paciente corre muito perigo. Eu desconfio também do trabalho das colegas lá de baixo, dos exames que são feitos, é tanta doença, que eu entendo que aqui não é o hospital, por ser de emergência não consiga dar conta de tudo.

Embora Ana tenha tentado justificar sua resposta, embasando no contexto das atribuições de um hospital de emergência não supriu as minhas expectativas, mas me trouxe informações que até então desconhecia a respeito dos isolamentos que existem no corredor do primeiro andar. Outro dado importante trazido por Ana que está compreendido neste trecho de

sua fala: “Aqui dentro a gente que cuida diretamente do paciente corre muito perigo (...)”, é sobre a possibilidade de ser infectada não somente pelo paciente que está isolado, mas também pelos outros que estão alocados dentro das demais enfermarias. Esse medo de pegar alguma doença é um fator que leva também às negociações de plantões:

(...) quando eu percebo que minha imunidade está baixa, eu corro logo pro dormitório, se eu ficar doente de vez, vou ter que arrumar alguém pra trabalhar pra mim e, perto do feriado, só um milagre pra conseguir alguém pra vim, a não ser que eu pague logo, no fim das contas sai caro trocar plantão. Mas fazer o quê se aqui não dá pra trabalhar sem (...).

Os motivos que geram as trocas de plantões nem sempre ficaram claros para mim durante as visitas no corredor. Entretanto, algumas indagações relacionadas ao tema das negociações foram sendo clareadas com o aumento do número de encontros, a primeira das indagações foi como as auxiliares de enfermagem cumpriam suas escalas de trabalho sem interferirem em outras atividades de suas vidas, a segunda indagação correspondeu a até que ponto a venda de horários permitia ser um alívio para seus problemas imediatos. Muitas questões foram tratadas nas entrevistas, todavia, outras particularidades eu pude conhecer a partir das observações, que inclusive essas facilitavam meu convívio no ambiente do corredor hospitalar do primeiro andar.

No corredor do primeiro andar, tem-se a instalação de várias enfermarias. Praticamente tudo o que acontece, em relação ao objetivo do trabalho de cada profissional, tem como meio ou finalidade a promoção do cuidado ao paciente no espaço social do primeiro andar. Outras atribuições das profissionais de saúde correspondem, no geral, às atividades médicas que compõem o arsenal a ser cumprido por cada profissional de saúde.

Com relação à distribuição das enfermarias, cada setor (chamados de ‘alas’) comportam três enfermarias, cada enfermaria é dividida conforme o sexo do doente, por exemplo: “enfermaria 01 – feminina”, “enfermaria 02- masculina”, esse padrão somente é conhecido pelos profissionais de saúde, pelos pacientes e acompanhantes. Outras pessoas que não convivem naquele espaço físico, jamais conseguiriam denominar qual enfermaria é a masculina e qual é a feminina, pois na porta da mesma só existe a numeração; 01,02, 03, 04 e assim por diante.

Outras enfermarias são reservadas para os isolamentos, que se restringe a um enfermo. Ainda a respeito das enfermarias, algumas interlocutoras explicitaram em suas falas, o fato de serem elas um das razões do crescimento das contaminações nos últimos tempos, de

doenças variadas pelos pacientes internos, principalmente aqueles que já estão acamados há várias semanas. Referente a esta questão Idália disse: “Gostaria que mudassem as disposições dessas enfermarias, aqui já deveria ter um outro andar, porque cada vez mais precisam isolar pacientes contaminados por bactérias e, não é uma só não, viu?”.

As enfermarias possuem o mesmo formato, ficando em seu interior os doentes que estão em processo de recuperação de seu estado emergencial de adoecimento. De paredes brancas, camas medianas, um banheiro e seis enfermos é composta cada enfermaria. O tratamento é o foco da competência no interior das enfermarias e, nesta implicação todos os profissionais de saúde são chamados a contribuir, cada um com a sua formação profissional.

Acerca dessa questão, percebi que uma das coisas que está articulada como uma das consequências dos isolamentos são as reformas pelas quais o hospital passou (e continua passando). No geral, o atendimento no térreo (pronto-atendimento) não sofreu com as modificações na estrutura física do hospital. Entretanto, o primeiro andar foi privilegiado com mudanças em todo o corredor, desde a estrutura dos setores até a área interna das enfermarias. Nesse sentido as enfermarias que passaram por reformas sendo destinadas para os isolamentos, segundo a coordenadora de enfermagem “facilita o trabalho da equipe de plantão, porque embora o paciente isolado, seja apenas um, ele dá muito trabalho”.

Segundo algumas interlocutoras, a respeito das mudanças, não houve muitas falas contra a reforma. Entretanto, algumas disseram como Ana: “eu achei que foram boas (...) mas ainda falta muita coisa pra dizer que está ótima (...)”. Para as auxiliares de enfermagem, de um modo geral, todas as mudanças na estrutura arquitetônica do hospital foram benéficas, visto que ajudou no bom andamento de suas atividades. Não há por parte dos demais profissionais muitos elogios com relação às instalações, sempre paira no ar “uma certa desconfiança” com relação “as novas mudanças”, principalmente, relativas à incorporação de novas tecnologias. Pois muitas profissionais de saúde, especialmente, as mais antigas se negam a fazer curso de capacitação no hospital, como expressam as falas, respectivamente, de Ana, Idália e Nilza: “(...) o tempo que tenho quero descansar mais, não quero participar de reunião (fala dos seminários de capacitação), (...)”; “Fico sem cabeça pra tá escutando um monte de coisa, às vezes é a mesma estória (...)”; “(...) agora eu entre nesta sala, vou nada, as colegas aqui ninguém vai, eu sei que é bom pra gente, mas não tenho tempo não para essa ladainha, todo dia é uma (...)”.

Tendo em vista as falas das interlocutoras a respeito dos convites que recebem para participarem dos cursos de capacitações, pude estar presente em um curso, realizado a tarde

com duração de 04 horas sobre a “segurança do trabalho”. Percebi assim que entrei na sala, que o curso seria ministrado em um espaço bem pequeno e totalmente fechado, embora seja um curso ofertado para todos os profissionais de saúde do primeiro andar. Observei também que existia uma mesinha de canto onde tinha uma garrafa de refrigerante, achocolatados, doces, salgados e um presente, que era um bombom com uma mensagem fixada. A esse respeito Ana comenta:

Acontece direto esses cursos, às vezes eles vêm tirar a gente daqui da enfermaria para participar, mas é muito chato (...). Eu fui outro dia e comi, bebi e peguei um docinho pra lanchar depois. Eu vejo assim serve para umas coisas, para outras coisas não servem. Quer ver, porque ao invés de ficarem perdendo tempo quase todos os dias aí, não são solidários em ajudar o profissional.

Conforme a fala da interlocutora ela foi participar do curso de capacitação, mas embora tenha achado chato, ela ficou algum período, depois comeu e ainda pegou um doce para consumir posteriormente no setor. No dia em que estive no curso de “segurança do trabalho”, não obstante a falta de convite por parte da organização, eu pedi a um representante para participar meio expediente do curso, uma vez que meu foco não era esse e nem eu estava dentro do público alvo, obtive um sim imediato de resposta.

Percebi que nem sempre há um interesse entre as profissionais de saúde de participar dessas atividades, o que caracteriza os vários pontos de vista acerca, por exemplo, dos isolamentos. Segundo os palestrantes do curso de “segurança do trabalho”, os profissionais de saúde deveriam se esforçar para participarem, pois lá também é um canal aberto para tirar possíveis dúvidas e propor soluções para problemas internos do hospital, como os isolamentos.

As enfermeiras e as auxiliares de enfermagem necessitam estar compartilhando suas práticas profissionais no corredor do primeiro andar. Neste contexto, como suporte para o exercício profissional, um instrumento muito utilizado por essas profissionais, é a troca de informações. O meio utilizado, geralmente, são as conversas informais nos setores de trabalho.

4.5 A Circulação de Informações entre as Profissionais de Saúde da Classe Mais Privilegiada para a Menos Privilegiada

Nas trocas de informações entre os profissionais de saúde no corredor do primeiro andar, percebe-se que há uma ‘conexão precisa’ de certas informações no momento em que acontecem as ocorrências, mas este aspecto corresponde à própria natureza de um hospital de alta complexidade.

O que se passa no térreo é notícia que chega rápido no primeiro andar. Geralmente, as profissionais já sabem o nome do paciente que faleceu, o acompanhante que desmaiou, o nome do doente que está para ‘subir’. Enfim, a comunicação é transmitida de profissional para profissional. Esses comentários são originados no corredor e interior das alas, não havendo nenhum estranhamento pela ‘equipe’ de plantão pelos comentários. De fato, parece ser comum para ‘todos’, comentarem sobre o que está acontecendo pelo resto do hospital. No térreo não tive oportunidade de presenciar tais comentários, ficando apenas o episódio do primeiro andar como destaque.

Certa vez, estive no dia e na hora exata de um fato que aconteceu na ala F. Geralmente, cada auxiliar de enfermagem fica responsável por 01 ou 02 enfermarias, a qual poderá possuir até 06 leitos. De repente entra uma auxiliar de enfermagem falando alto – tentando explicar o ‘serviço atrapalhado’ de uma colega que estava de plantão numa enfermaria cuidando de um paciente considerado “grave”. A auxiliar de enfermagem chegou ofegante no setor da F, porque o paciente estava passando mal, segundo ela: “(...) já está sem pulsação, eu vi, mas eu não posso me meter no plantão dos outros, a minha enfermaria eu tomo conta, mas é desumano isso”. A auxiliar de enfermagem estava aborrecida porque um paciente estava passando mal e a outra profissional que estava alocada naquela enfermaria, havia saído e não tinha deixado ninguém em seu lugar.

Muitos problemas deste tipo são narrados pelas interlocutoras. O principal questionamento é: “porque não avisa a gente?”, “acho que não querem pagar pelo plantão, daí saem de mansinho”, “é desumano fazer isso com o paciente e com a colega”, “a colega que faz isso, deveria tirar férias”.

Outros comentários seguem essa linha de reprovação do acontecido. De fato, o que presenciei com a ‘revolta’ da auxiliar de enfermagem, incomodou a todos que estavam no setor naquele momento. Talvez tenha me incomodado mais, posto que não pertencia àquela realidade. Mas, o fato é que chegou a perturbar todos presentes naquela enfermaria.

Apesar da rotina da ‘vida’ e da ‘morte’ que todos os profissionais vivenciam naquele corredor cotidianamente, há um entendimento pelos profissionais, que é preciso cumprir com a máxima eficácia seus ofícios. As entrevistadas tratam este assunto com um tom de formalidade como que necessitassem falar de suas atribuições e do respeito que é necessário ter com seus superiores. O diálogo, logo, toma forma de “assunto sério”. Embora as Auxiliares de Enfermagem do primeiro andar busquem exaltar a “autonomia” perante os outros profissionais de saúde do hospital, principalmente os do térreo.

Veamos o que diz Luana: “Eu não me considero mais cansada estando aqui em cima, quando eu estava lá embaixo me sentia muito pesada com o trabalho”. Continuando a descrição acerca da diferenciação da prática de trabalho do térreo e do primeiro andar, ela diz: “Aqui em cima eu posso dizer que somos uma classe profissional mais privilegiada, porque cada um aqui tem seu posto de trabalho bem definido, as colegas de plantão são as mesmas, diferente é claro de lá de baixo”. Pensando a partir da fala de Luana, algumas profissionais de saúde do primeiro andar compõem a denominada “*classe privilegiada do hospital*”, pois a elas se garante o dever de assistir apenas os doentes internos, com localização descrita, sendo de fácil acesso, além de outras regalias imbuídas no cerne da própria prática profissional de cada um.

Fica possível compreender que há entre as profissionais de saúde, haja vista as descrições das entrevistadas, uma clara diferenciação entre o térreo e o primeiro andar. No geral, o térreo é visto pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem como um ambiente com muito trabalho. É isso que a entrevistada acima coloca quando diz que lá embaixo se sentia muito “pesada” com o trabalho. Ou seja, o que ela está dizendo é acerca das atribuições de trabalho, ou seja, as responsabilidades que assumem no térreo são maiores que as do primeiro andar. Embora, em outros momentos a entrevistada tenha demonstrado insatisfação pelo trabalho praticado no primeiro andar, quando se refere ao andar de baixo, logo, percebe que seu ambiente de trabalho é mais privilegiado que o outro. Principalmente, com relação à quantidade de atividades que têm que assumir no plantão.

Outras falas já se remeteram ao primeiro andar como classe privilegiada, apesar de esse termo não ser uma denominação entre as profissionais de saúde entrevistadas. Percebi que, quando o tema é andar de baixo e andar de cima, elas unanimemente se compreendem como alocadas em um espaço de trabalho mais privilegiado do hospital. Algumas auxiliares de enfermagem declaram ir trabalhar no térreo apenas em duas situações: a primeira é quando necessitam ganhar um dinheiro extra, então trabalham para outras pessoas cobrando um valor estipulado por elas mesmas, que irá depender se o dia de trabalho é feriado, sexta-feira,

sábado ou domingo. A segunda situação é quando por retaliação da coordenação do setor que trabalham elas são alocadas em um determinado mês para trabalhar no térreo.

A característica marcante no atendimento do primeiro andar é o “cuidado individual”. Porque, embora o pronto-atendimento no térreo seja visado pelas profissionais no hospital como um espaço com muito trabalho, o atendimento que acontece lá é caracteristicamente interdisciplinar, ou seja, um grupo de profissionais de diferentes especialidades atende o doente dentro da sua urgência. O doente é atendido, inicialmente, por uma enfermeira e uma auxiliar de enfermagem e, depois de medida a pressão e de feita a glicemia, ele aguarda na recepção a sua vez de entrar no consultório da clínica médica. Em seguida o doente se dirige à sala de medicação ficando assistido por uma equipe de enfermeiros. Quando o caso não é considerado “tão grave”, o enfermo fica sentado em um banco ao lado da sala em que foi medicado, aguardando um melhoramento de seu estado de saúde. Se ele não estiver em condições de ficar sentado, arruma-se uma maca para deitá-lo no mesmo corredor. Percebi que, geralmente, os estagiários de enfermagem, fazem o seguinte procedimento: “Para, olha o paciente, fala com acompanhante e depois olha a pulsação” e, assim segue com todos desde os pacientes que estão sentados nos bancos até os que estão nas macas. Facilmente vê-se um grupo de estudantes cercando um paciente, segundo informações de uma Enfermeira do térreo:

Quando existe um grupo desses estudantes aí que você está vendo eles podem estar fazendo duas coisas: a primeira é tentando botar o abocate (soro) daí eles ficam procurando a veia do paciente, a segunda coisa é que ficam vendo algum profissional trabalhar para copiar o trabalho dele.

Diferente do que ocorre no primeiro andar, onde o doente já está instalado no leito ficando sob os cuidados de um médico assistente e de uma auxiliar de enfermagem, no térreo o doente não tem essa assistência individual.

Ao contrário, o serviço coletivo se estende ao trabalho dos maqueiros que sempre somem quando é preciso colocar algum paciente na maca ou nas cadeiras, se estende também a solidariedade das pessoas que estão de acompanhantes. No térreo também é possível escutar dentre os gemidos, gritos e vozes alteradas dos familiares que, não raras vezes, entram em discussões com os profissionais de saúde.

A demora no atendimento é um agravante na situação de quem está aguardando urgentemente para ser atendido. Para os profissionais de saúde deste hospital, o atraso no atendimento atrapalha o desempenho da ‘boa prestação de serviço’. Segundo informações

colhidas da Coordenação de Enfermagem do térreo: “Aqui nós temos problemas com os médicos, porque eles demoram a chegar no hospital”. Continuando a informante fala a respeito de erros considerados por ela como “gravíssimos”:

Acontece deles não esclarecerem na ficha do paciente, informações importantes, como as reações alérgicas dos pacientes. Outra falta gravíssima é com relação à dieta que é omitida, muitas vezes, na ficha do paciente não está escrito a dieta que ele vai seguir, então esses erros são gravíssimos, a gente da enfermagem tem que está correndo atrás do médico que esqueceu de preencher a ficha, vai lá, volta, procura por ele, e o que você acha? Ele foi embora. Sobra para o paciente que vai ter que aguardar o outro médico chegar para analisar novamente o caso.

Por ser uma entrevista informal, escutei as colocações das informantes sem muitas questões. De fato, ela chegou a apontar um caso de uma paciente que se encontrava em uma maca no corredor e na sua ficha não encontrava descrita a dieta que ela deveria seguir. A intenção foi deixar claro para mim que os ‘erros médicos’ existiam naquele território e para tanto apontar para mim ‘*a pessoa*’ evidenciava a verdade que ela falava.

Muitas orientações são passadas para o acompanhante do doente que está alojado no leito de uma enfermaria. Vale frisar, que o profissional que lida mais de perto com o enfermo instalado nas enfermarias é o auxiliar de enfermagem, e por qual razão? Segundo Luana: “É muito simples, aqui a gente tem o dever de passar para os familiares as responsabilidades deles, por exemplo, para botar o paciente para urinar, virar ele na cama, dar banho, tem muita coisa que não é a gente que deveria fazer (...)”. Essas orientações descritas na fala da interlocutora seguem um padrão, que os profissionais auxiliares de enfermagem transmitem a outras especialidades, como acontece com os profissionais considerados por algumas interlocutoras de “nível inferior”. Dessa maneira, o que Luana está considerando é que existem as práticas profissionais que são privativas a sua profissão de auxiliar de enfermagem e, que têm outras que não, mas que termina exercendo. No tópico seguinte destaco as percepções de algumas auxiliares de enfermagem sobre os prestadores de serviços gerais no espaço social do primeiro andar.

4.5.1 Percepções das Auxiliares de Enfermagem acerca dos Serviços Gerais

No corredor do primeiro andar, trabalhadores de profissões diferentes, convivem em um mesmo *espaço social*, cada um atuando conforme suas delimitações profissionais. Tendo em vista esse fato evidenciado em campo, destaco aqui alguns episódios que por suas repetições, me despertaram grande interesse.

Neste aspecto, as profissionais envolvidas de perto nesse tema são as auxiliares de Enfermagem. E serão as percepções que as interlocutoras trazem acerca dos trabalhadores de serviços gerais que levarei em consideração. Dessa maneira, levei em conta a denominação de “nível inferior” presente nas falas de algumas auxiliares de enfermagem para abordar elementos apontados pelas falas das interlocutoras. Vale a pena mencionar, que estou tratando das percepções das profissionais de saúde sobre outras funções, que elas denominam de “nível inferior”. Algumas profissões caracterizadas como de “nível inferior”, são: os vigilantes, os copeiros e serviços gerais. Segundo Deby:

Eu sou amiga de quem é meu amigo, às vezes a gente precisa se dar bem com quem não gosta que é para poder conseguir trabalhar em paz no ambiente (...). Mas tem um *peçoalzinho* aqui que se a gente fizer tantinho assim (gesticulando com as mãos) vai logo falar para o superior deles que é para entregarem a gente para a coordenadora geral. É um pessoal assim, sabe de “nível inferior”¹², entende? Porque digo o que já aconteceu, sabe? Aquela coisa de que a gente não pode se envolver muito. Aqui dentro, falo da área, sabe, tem muito *peçoalzinho* que não merece papo.

A interlocutora demonstrou, principalmente, por meio dos gestos um certo incômodo ao falar dos profissionais de “nível inferior” que para ela são os serviços gerais. Ao mesmo tempo, que quis demonstrar para mim, a distância profissional entre as duas práticas profissionais, portanto, a de auxiliar de enfermagem e a de serviços gerais. Pois, segundo a entrevistada, o chamado “peçoalzinho” às vezes ‘entregam’, no sentido de denunciar, as profissionais de saúde auxiliares de enfermagem para a coordenadora geral do setor (ala C, D, E, F, G). Este fato, que gera um descontentamento por parte de algumas auxiliares de enfermagem em relação aos profissionais de serviços gerais. A partir dessas premissas, adotei o termo “nível inferior” para ilustrar as falas que as auxiliares de enfermagem, de um modo geral, se utilizam para se referirem aos profissionais de serviços gerais.

¹² Ou Serviços Gerais.

A intenção em demonstrar as percepções das auxiliares de enfermagem em relação aos serviços gerais, não é merecer ou desmerecer uma profissão em detrimento da outra, mas trazer situações percebidas em campo por mim. Neste caso, trago à tona uma relação “muda” entre estas profissionais de “nível inferior” e auxiliares de enfermagem no corredor do primeiro andar, mas que foi possível ser detectada por meio de falas de algumas interlocutoras a exemplo de Deby, que trouxe aspectos mais visíveis de algumas situações que eu já tinha presenciado no espaço social do corredor do primeiro andar.

Embora eu não tenha conseguido entrevistar profissionais dos serviços gerais, apesar de ter conversado informalmente com algumas, não poderia deixar de dar visibilidade a uma relação calada e que envolve mecanismos de poder no espaço social investigado. Nestes termos Bourdieu (2008, p.50) retrata:

(...) descrevo espaço social global como um *campo*, isto é, ao mesmo tempo, como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou a transformação de sua estrutura.

Essa relação travada entre profissionais de diferentes ramos da saúde, ao mesmo tempo é necessária ao meio ambiente hospitalar, sugere também uma luta por mais espaço e reconhecimento profissional. O campo do poder adentra neste cenário, pois o poder está entrelaçado na relação de hierarquia e, assim nesse sentido, classificando o poder, Foucault expõe: “Deve-se, considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir.” (1992, p.8).

As relações travadas entre profissionais de “nível inferior” e as auxiliares de enfermagem são influenciadas pelas demais relações profissionais que acontecem no seu interior. Um dos fatores que caracteriza a relação de poder é o campo econômico, pois o fato de uma profissão ter um ganho financeiro maior ou simplesmente a possibilidade de ganho extra como acontece com as trocas de plantões, no ambiente do primeiro andar, realizadas entre as auxiliares de enfermagem, caracteriza uma estrutura de superioridade em relação aos serviços gerais, os quais por terem um vínculo de terceirização pelo Estado não compõem o quadro de profissionais efetivos do hospital. Isso também traz uma nova situação a do *status quo*, pois para algumas pessoas ganhar mais dinheiro significa ter poder.

Em observação no corredor do primeiro andar, percebi com o passar dos dias, que os profissionais de saúde não interagem com os trabalhadores de serviços gerais. Na prática

laboral, os serviços gerais antecipam o terreno para outros profissionais trabalharem, isto é, os profissionais de saúde. Ao deixar as enfermarias limpas e acessíveis, eles facilitam o trabalho de outros profissionais. Por ter como foco de sua prática profissional a limpeza, eles fazem com que os outros ofícios possam ser executados sem maiores prejuízos, segundo informação de uma *prestadora* de serviço geral: “Aqui a gente não é tão valorizado, mas você pensa que o trabalho da gente é pouca coisa? Não é nada! Você pode perguntar pra qualquer doutora aqui”. Continuando, ela esclarece: “(...) eu já trabalhei de faxina, mas eu gosto daqui, porque aqui a gente pode fazer amizade com os médicos e na hora do aperreio, da dor pedir socorro (...)”.

Essa relação colocada pela informante caracteriza uma negociação de troca, travada entre profissionais, distinta daquela relação de “negociação das auxiliares de enfermagem”, esta relação é mantida por meio da seguinte condição: a prestadora busca fazer seu trabalho ‘bem’ e manter seu emprego, já que não possui vínculo empregatício fixo e, posteriormente, se acontecer algum caso de acometimento de doença nela ou em alguém de sua família, ela terá estabelecida uma troca que permitirá no futuro pedir certos favores a algum médico e assim, viabilizar um melhor acesso aos serviços prestados pelo hospital.

Esse relato descrito pela informante de uma certa troca de favores entre ela e algum profissional da medicina é diferente da relação estabelecida pela auxiliar de enfermagem Deby, pois enquanto a prestadora de serviços gerais dá merecimento a relação que ela narra, a interlocutora não enxerga com “bons olhos” ter um relacionamento aberto com os prestadores de serviços gerais. Haja vista “um certo medo ou desconfiança” de ser entregue para a coordenadora geral, a este respeito fala Deby:

“E depois que o problema está feito, todo mundo fica sabendo e não é o nome desse pessoal que aparece não, é o da gente, porque você acha? Minha filha eles não devem subordinação ao hospital, mas a gente sim (...) então a polêmica só cai na gente.”

Os serviços gerais que trabalham no primeiro andar são homens e mulheres. Geralmente, os homens ficam com serviços como limpar o chão do corredor e as mulheres manipulam produto químico e higienizam os banheiros. Seja de dia ou à noite, *os prestadores de serviços gerais* passam de um lado para o outro e parecem não estar sendo visados. Eles conversam entre eles, trocam informações em tom de voz baixo, quase imperceptível, entram em suas respectivas salas e, voltam a sair. Quando entram nos setores é para realizar a limpeza do piso e do lavatório que fica localizado dentro dos mesmos. Vez por outra, quando

um paciente passa mal e suja o ambiente interno da enfermaria, quem primeiro assistir a situação, trata de chamar um prestador de serviços gerais para fazer a limpeza. Percebi que alguns acompanhantes dos enfermos, não buscavam o setor de enfermagem para perguntar sobre questões de higienização, a maioria sabia onde ir buscar. De frente a ala C, fica localizado um dos pontos de apoio dos serviços gerais que é uma sala, pequena, sem subdivisões, com alguns equipamentos, como: televisão, rádio, fichários, mural, mesa etc. Porém essa sala é o local onde o supervisor dos serviços gerais se fixa. É, no entanto, em outra sala adaptada que os serviços gerais guardam seus instrumentos de trabalho: esfregões, vassouras, rodos, dentre outros.

Há em toda relação de hierarquia certos incômodos advindos da própria natureza dessa relação. É a razão de ser, ninguém que ser chamado à atenção, principalmente, na frente de outros profissionais de mesma base hierárquica. No serviço público as relações hierárquicas ainda são discriminadas por alguns profissionais e pelo imaginário social. A impressão que a maioria das profissionais tem é a seguinte, conforme fala de Nana do primeiro andar: “O meu patrão é o governador, então quando eu recebo algum desconto falo dele (...)”. Elas compreendem o fato de falarem de alguém e remeterem seus descontentamentos à figura de um superior como ‘normal’.

Segundo algumas interlocutoras, o ‘culpado’, dificilmente, reage dessa maneira: “(...) a pessoa que erra assume no ambiente de trabalho seu erro para os demais”. No caso de um hospital público, principalmente de alta complexidade, os erros que surgem devem ser apurados segundo a Enf.2 (Coordenadora da ala C naquele turno), pois qualquer falha pode ser fatal para todos, principalmente, para os usuários que são os que necessitam da prestação dos serviços. A dinâmica de um ambiente como este é dinâmico, porém a base de sustentação continua sendo a divisão hierárquica de poder.

4.6 Relações de Hierarquia entre as Profissões: Liderança e Subordinação

Ainda a respeito da hierarquia no Hospital podemos observar como são dadas as relações entre a Coordenação Geral do hospital e as Coordenações das áreas. Nas quatro áreas (azul, amarela, vermelha e verde) têm-se uma coordenação. E para todo o hospital existe um administrador geral. Não percebi durante a pesquisa, nenhum destaque dado à direção geral do hospital. As falas, comumente, são direcionadas ao governador. Dificilmente algum problema ou elogio é direcionado à direção, mas sim aos órgãos governamentais.

Assim, os prejuízos salariais, as cóleras no ambiente de trabalho, alguma relação que prejudique o profissional, dentre tantas outras questões geralmente se remete o problema ao governador como culpado direto.

Na área do primeiro andar existe uma coordenação geral e em cada ala coexiste uma coordenação subordinada a esta. Estas coordenações são ligadas à Enfermagem de maneira geral, elas ficam com a responsabilidade direta do doente que, por sua vez transpassam para as auxiliares de enfermagem. O papel do médico, na percepção das auxiliares de enfermagem, é reduzido à possibilidade do diagnóstico e à espera pelo mesmo nos corredores do hospital.

Desse modo, outra relação imediata e permanente é a do “médico com a enfermagem”. Todas as informações que os médicos querem saber a respeito de algum paciente recorrem às enfermeiras dos setores. Cada setor possui uma profissional de enfermagem chamada pelas auxiliares de enfermagem de “chefe” (maioria feminina).

Para compreendermos a relação hierárquica no primeiro andar é preciso compreender as relações de poder dentro das alas. No hospital as relações de poder aparecem a partir das estruturas hierárquicas. Nesse contexto, existe uma documentação para cada paciente que dá entrada no hospital, que fica localizada na recepção de registro no térreo. Quando este paciente é internado no hospital, esta documentação não fica em poder do doente ou acompanhante, mas sim das coordenações de enfermagem, necessariamente, onde se encontra o paciente.

Vale ressaltar ainda que no primeiro andar existe um setor de serviço social onde ficam guardadas as informações pessoais de cada doente interno, por exemplo: em caso de amputação, o acompanhante se dirige ao referido setor para autorizar ou não o procedimento operatório. Se aceitar, assinará um termo de consentimento, este ficará uma via no setor e a outra será encaminhada ao médico para a viabilização da cirurgia. Ficam anotadas no prontuário individual de cada paciente todas as informações reservadas a este, desde cirurgias

que façam até mesmo a alta hospitalar, a responsabilidade de atualização do mesmo fica com as enfermeiras e médicos, coordenadoras de cada ala. O prontuário é parte importante da documentação dos pacientes que dão entrada no Hospital Geral do Estado de Alagoas. Podem ter acesso a esses prontuários, segundo Enf.2: “(...) quem for autorizado pela coordenação do hospital, não a minha, porque só coordeno a equipe de Enfermagem. Mas os médicos têm total acesso a eles, só falta interesse de alguns (...)”.

Certa vez, percebi um clima instável na ala C, entre três médicos, dois homens e uma mulher. Era uma discussão fora do comum no corredor do primeiro andar, pois a médica estava falando alto e parecia muito chateada. Discretamente me aproximei, como se eu fosse uma pessoa qualquer que estivesse por ali passando no corredor e, me pus a observar o que estava acontecendo. Perdi totalmente o foco do meu planejamento naquele dia, inclusive, eu tinha marcado entrevista com uma profissional de enfermagem no outro extremo da ala C que é a ala G. Mas continuei a observar o que para mim até aquele dia, era um fato novo.

A médica estava reclamando ao seu superior as constantes críticas que o colega médico despojava a seu respeito, dizendo que ela só chegava atrasada e, além disso, não trabalhava como deveria. Disse também que ele dizia que ela deixava todos os pacientes do plantão para ele e que ela não fazia nada durante todo o seu dia de plantão. O que era um “absurdo”, falava a médica irritada com a situação, o que terminou chamando a atenção de todos que ali estava.

O médico superior, por sua vez, concordou com o colega, ratificou no mesmo instante que o colega estava com a razão e a convidou para uma conversa em sua sala. Saindo logo em seguida.

Fiquei surpresa com o desfecho. Pois vi naquele instante que, apesar de ele a escutar, não deu razão a mesma e falou com ela na frente de todos que estavam no setor (auxiliares de enfermagem, enfermeira, acompanhantes, pacientes, vigilantes e a pesquisadora). A médica ficou notoriamente desconsolada, pois acreditava que o superior fosse tomar as devidas providências com o referido “médico”. Entretanto, depois que os médicos saíram juntos conversando, logo aproximou-se uma auxiliar de enfermagem e uma acompanhante da médica e prontamente perguntaram: “A senhora está precisando de alguma coisa? A acompanhante reforçou a pergunta dizendo: “Quer um copo com água?”

A médica começou a chorar, falando que estava sendo vítima de perseguição, que sempre cumpriu com seus afazeres e nunca foi tão humilhada. A auxiliar pegou um lenço e entregou para médica em prantos. Eu me senti constrangida, mas apesar de solidária a sua

situação, optei em me manter distante. Até porque eu até esse dia nunca tinha visto esses personagens.

Por cerca de dez minutos a médica chorou, desabafou e depois se recompôs e foi, em seguida, fazer as cirurgias que estavam marcadas para aquele dia. Fiquei de prontidão aguardando sua saída da sala de operações, e afirmo categoricamente, aquela médica, se não trabalhava, naquele dia trabalhou por todos os dias, pois ficou na sala por mais de oito horas e operou nove pessoas, entre homens e mulheres. Só fiquei tentando imaginar, como foram realizadas as cirurgias, pois a médica a meu ver, não estava em condições psicológicas de efetuar tantos trabalhos complexos, como uma cirurgia, depois de uma discussão tão séria e pública.

O episódio que acabei de relatar da médica, me chamou a atenção para outro fato além do que estava sendo explicitado na hora do acontecimento, ao da relação de liderança entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Ana foi uma das interlocutoras que mais colaborou em falar das coordenadoras das alas de enfermagem do primeiro andar. Apesar de suas informações variarem entre falar bem e mal, a interlocutora preferiu destacar a importância de ter uma liderança no setor e na fiscalização do trabalho junto aos pacientes, que a não existência dessa fiscalização, dizendo: “Eu até acho bom tê-las por perto. Não é interessante a gente ficar determinando coisas, e outra coisa, elas têm uma função complicada que é fazer relatório de todos os pacientes (...)”.

Esse reconhecimento de Ana denota que ter um membro da equipe na liderança, o chamado “chefe” não é sinônimo de que os demais tenham que se sentirem inferiores e subalternos a este, mas que pode representar um lado positivo como: organização na equipe de trabalho, divisão de responsabilidades, coesão do grupo, informações sigilosas nas mãos de poucos etc. Este fato me recorda o episódio da médica. Essa foi descrever suas angústias para o médico coordenador da equipe médica, acreditando solucionar a situação e não esperava em escutar palavras que a entristeceram a ponto de chorar na frente de todas as pessoas que estavam ou passavam pelo corredor no extremo da ala C.

Ana, por sua vez, enxerga o poder de liderança como positivo e importante para a organização do trabalho no setor. Há no episódio narrado e nas percepções de Ana, interações no espaço social que envolve desde o campo econômico, cultural ao próprio campo de poder nas relações interpessoais.

Este capítulo foi marcado por discursos das profissionais de saúde em suas múltiplas relações e contextos. Foi também pertinente para dispor de mais informações acerca do cotidiano do trabalho em um hospital de alta complexidade. Neste sentido, no tópico seguinte

trago uma discussão acerca dos significados do jaleco em um ambiente de urgência e emergência.

4.7 Os Significados do Jaleco

O jaleco é uma espécie do gênero Equipamento de Proteção Individual - EPI, previsto pela Portaria nº 3.214/78¹³, do Ministério do Trabalho e Emprego é dentre outras normas de proteção individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a saúde do trabalhador e do paciente.

Conhecido também como aventais, o jaleco é uma espécie de vestimenta que tem a finalidade de evitar que o profissional se suje ou se contamine em um ambiente hospitalar, na maioria das vezes a cor branca prevalece. Atualmente é difícil não vincular o jaleco à imagem do profissional da saúde. Em um hospital o mesmo possui uma singularidade própria.

Para algumas entrevistadas o jaleco representava um símbolo de *status* e *prestígio* diante de outros profissionais. Uma simbologia que graduava, segundo elas, a própria profissão de enfermagem, não na condição de subalterna ou mera “*auxiliar*” de enfermagem, mas sim de membro da “equipe médica”.

Para as profissionais de saúde que foram entrevistadas a questão do “jaleco” não residia somente na proposição de serem chamadas de “enfermeiras”, mas estar “vestida de jaleco” implicava dizer que elas faziam parte de uma profissão *na área da saúde*: enfermagem, nutrição, entre outras.

Com base nesta compreensão, pode-se dizer que *status* é uma posição que uma pessoa ou grupo ocupa em relação aos demais. A posição ocupada pelas profissionais de saúde no ambiente hospitalar contextualizava os significados que davam as suas práticas.

A representatividade que o jaleco possuía naquele ambiente hospitalar poderia ser percebida quando um profissional de saúde passava pelo corredor. É comum ter outras pessoas que não estivessem trajadas de jaleco com olhares atentos, como é o caso dos acompanhantes e pacientes que às vezes pediam alguma informação e outras vezes favores aos profissionais trajados de jaleco.

Geralmente os acompanhantes dos doentes eram os “atacantes” do jaleco. Segundo Syl: “é evidente que os acompanhantes são os mais interessados em pedir alguma informação

¹³ Ver Referência completa ao fim da dissertação.

à gente da enfermagem, (...) eles não olham se a gente já largou, passou por aqui (corredor) nos atacam logo”. A entrevistada fala de uma questão que a aborrece, pois embora ela compreendesse que existia um motivo para que os acompanhantes a buscassem no corredor, ela concordava com outras entrevistadas, que tais situações traziam novas atribuições a sua prática profissional.

Em uma tarde de quinta-feira, estavam localizadas na ala D Nilza, Nana e Ana, as três auxiliares de enfermagem mais experientes do corredor do primeiro andar. Por serem “colegas” de trabalho, estavam paradas naquele instante, no setor compartilhando opiniões acerca dos assuntos que tinham em comum sob suas práticas profissionais.

Nesse contexto, percebi que uma acompanhante de uma enfermaria foi até o setor e perguntou: “Doutoras onde posso saber sobre a alta da minha mãe?”. Percebi, que todas as profissionais de saúde estavam trajadas de jaleco, logo relatei e refleti se o fato de estarem vestidas daquela maneira caracterizaria para a acompanhante a impressão de que eram ali todas “médicas”.

Percebi que perguntas desse tipo eram feitas constantemente aos profissionais que passavam pelo corredor de jaleco, principalmente os que ficavam nas alas. Geralmente, eram perguntas relacionadas ao doente, como: alimentação, alta, higiene, dentre outras. Pude então perceber que trajar um jaleco era um diferencial em um corredor hospitalar.

Um aspecto que chamou minha atenção foi à afirmação conforme Nilza, Nana e Ana que “era preferível ser confundida com uma médica ou enfermeira ao invés de uma cozinheira ou uma atendente que não estivesse trajada de jaleco”. Dentre tantos temas que foi abordado ao longo do texto, pude ter uma noção de que estar vestida em um jaleco naquele espaço social denotava para essas profissionais a posição de um “profissional de referência” naquele ambiente hospitalar.

Pensar os significados do jaleco em um ambiente propício a sua vestimenta era necessário articular as esferas que iriam além do formalismo profissional e a busca pelo reconhecimento profissional, prestígio social, identidade social, dentre outros aspectos. O imaginário social em torno do jaleco era extensivo tendo sido fácil para a pesquisadora perceber nos corredores os olhares em cima das pessoas trajadas de jalecos.

No térreo há também a representação do jaleco, pois como todos estão aguardando pelo primeiro atendimento, ficava visível os olhares em torno das pessoas “vestidas de branco”. Qualquer pessoa que surgisse trajada desta maneira era percebida como a “pessoa” que iria ofertar a resposta imediata dos problemas ou pelo menos amenizar os sofrimentos causados pelo adoecimento.

Tanto para os doentes como para os familiares, o traje branco que complementa o jaleco chama atenção e por essa ordem das coisas, quem não estivesse de jaleco poderia ser “qualquer profissional”, menos um médico ou uma enfermeira. Essa visão também remetia a uma noção de que “quem não está trajada de jaleco”, estava no escalão mais baixo da organização hierárquica do hospital.

Como pesquisadora, estando certa vez defronte a ala F me deparei com a seguinte colocação de uma acompanhante: “Moça você está de acompanhante aqui nesta enfermaria, sabe dizer onde fica o banheiro pra gente?”. Apesar do susto e da pergunta inesperada, compreendi que eu poderia ser qualquer coisa naquele corredor, menos “doutora”, isto é, enfermeira, médica etc. Pois como eu estava sem jaleco, traduzia para ela a ideia de que não fazia parte da “equipe de profissionais daquele corredor hospitalar”.

Algumas considerações sobre o reconhecimento profissional, trás uma ideia de que ele não é apenas uma preocupação particular, de cada pessoa, mas sobretudo, uma busca por satisfação e eficiência na organização que o profissional faz parte. Muitas vezes, essa busca por reconhecimento é permeada por concepções distorcidas da realidade da qual faz parte esse profissional.

É compreensível que diante de um ideal simbólico que paira no “imaginário” acerca do âmbito hospitalar, as auxiliares de enfermagem “desejem” assemelhar-se a outras profissionais com graduações maiores que as suas. Se eu tivesse entrevistado outras profissionais de saúde, talvez tivesse escutado desejo semelhante ao das auxiliares de enfermagem e o tom ao invés de ser: “trabalho como auxiliar, mas sou técnica”, pudesse ser: “trabalho como enfermeira, mas sou médica”. Na dinâmica do jaleco, outras relações são formadas, principalmente de hierarquia. São nas alas que essas relações se manifestavam mais claramente.

Dentre tantas situações que poderia relacionar, elegi os pontos de vista das profissionais de saúde para discutir e interagir em questões tão usuais naquele ambiente. As interlocutoras de uma forma ou de outra compreendiam que o jaleco era um símbolo que as distinguiam de outros profissionais que atuavam no hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É difícil falar em conclusão de um trabalho etnográfico em um ambiente tão rico em saberes: um corredor hospitalar de alta complexidade! A minha chegada ao primeiro andar desde o primeiro momento me forneceu um ar novo, pois era ali um ambiente de muitas interações passíveis de serem descritas por mim em meu diário de campo. Lá seria possível descrever as mais diversas e intrigantes situações.

Assim, neste momento me vejo em uma encurralada situação, descrever as conclusões que obtive em mais de um ano de encontros e desencontros com as minhas interlocutoras. Embora o campo me mostrasse a todo tempo da impossibilidade de descrever tantos contrastes em uma mera observação e, muitas vezes, com tão poucas palavras trocadas entre mim e alguma profissional.

A minha presença de uma maneira ou de outra representava dúvidas a respeito do que seria uma “estudante de sociologia fazendo uma etnografia?”. Mas no geral eu fui compreendida como uma jornalista que estava à procura de uma “manchete” e, outras vezes como uma pessoa amiga que estava ali naquele ambiente disposta a escutar suas lamentações, dúvidas, fuxicos e frustrações profissionais.

No entanto posso considerar que mesmo com visões diferenciadas, as profissionais de saúde colaboraram na maioria das vezes com a investigação, tornando mais claro o objeto da pesquisa com suas narrações, algumas vezes soando como reclamações e outras vezes como desabafos. De alguma maneira a minha presença durante o tempo que estive em campo me ofertou a possibilidade de conhecer um cenário de muitas dinâmicas envolvidas.

A ideia do roteiro de entrevista me permitiu a entrada naquele espaço social com as profissionais, apesar dos entraves legais para a realização da pesquisa, inicialmente. Posteriormente, já conseguido a autorização legal do Comitê de Ética em Pesquisa prossegui como uma desbravadora naquela realidade. Confesso que “tensa”.

Com o tempo que já estava frequentando o campo, notei que as enfermeiras e os serviços gerais eram profissionais que travavam relações mais cotidianamente com as auxiliares de enfermagem. Daí a importância às falas das auxiliares de enfermagem a estas profissionais. Embora eu não tenha conseguido travar um contato direto com os serviços gerais, pude por meio das observações constatar algumas interações.

A compreensão das práticas profissionais articuladas às relações sociais vivenciadas no campo trouxe um sentido a mais nas interpretações e na forma como as profissionais de

saúde percebiam suas ações no espaço social onde estavam inseridas. Os discursos narrados pelas auxiliares de enfermagem e enfermeiras representaram uma série de conteúdos que se articulam e somam-se entre si.

As percepções narradas pelas profissionais de saúde acerca de suas práticas profissionais e de seus cotidianos estavam a todo instante entrelaçando relações de poder, *status*, reconhecimento profissional, identidade profissional, dentre outros aspectos. Os diálogos travados no ambiente de trabalho entre a pesquisadora e as profissionais de saúde, frutificaram para esta dissertação assuntos que foram além da proposta inicial.

O método etnográfico como perspectiva adotada foi determinante para a compreensão do contexto onde foram apreendidos os dados. Outrossim, falar neste texto dissertativo dos dados do manual de ocupações em saúde de 2005, caracterizou um cenário de grandes desigualdades de homens e mulheres ocupando postos de empregos no campo da saúde.

Por meio da observação, diálogo e discussão com as profissionais de saúde no corredor do primeiro andar, foi possível perceber que muitas falas direcionavam a rotina hospitalar a ideia de “caos”. Esta palavra foi muitas vezes utilizada por algumas profissionais de saúde, como demonstração de desconforto frente a crescente demanda que todos os dias buscavam por atendimento no hospital.

Percebi também que era preciso considerar as condições de trabalho no país e no Estado alagoano. Dessa maneira, articulei a questão da entrada das mulheres no mercado de trabalho com a inserção dessas em profissões no âmbito da saúde.

Um ponto que marcou esta pesquisa foi à discussão acerca das trocas de plantões. Pude perceber que as negociações era uma prática comum entre as profissionais de saúde, entretanto, as auxiliares de enfermagem eram as profissionais que mais faziam uso das relações de troca.

Mais que do que foi apontado nesta breve consideração, as informações foram resultado de uma prática entre a rotina das práticas profissionais de saúde e os diálogos com as trabalhadoras. Os conflitos e tensões foram demonstrados por meio das percepções da pesquisadora e das próprias profissionais de saúde ao longo dos três capítulos.

O desenvolvimento do presente estudo esteve interligado com a assertiva de que o campo tinha em si sua dinâmica peculiar. Adotando uma visão das Ciências Sociais, especialmente da Sociologia da Saúde e da Antropologia da Saúde compreendi como as estratégias de poder vislumbravam naquele ambiente hospitalar de alta complexidade relações que reforçavam as desigualdades de gênero.

Nesse sentido, pelo contexto de ser um ambiente hospitalar de alta complexidade, as dificuldades para apreensão dos dados não foram poucas. Por isso considero os resultados etnográficos apresentados aqui como fundamentais para a compreensão da dinâmica do campo.

PRÁTICAS PROFISSIONAIS E ALGUNS IMPASSES EM UM AMBIENTE DE EMERGÊNCIA

Durante todo o percurso investigativo compreendi que o método etnográfico foi essencial para dia após dia permanecer estabelecendo vínculos naquele ambiente. Tendo em vista as rotinas das entrevistadas e levando em consideração a situação de “sempre estar alerta” a algum fato novo, entendi que a rotina das práticas profissionais das trabalhadoras era o cuidado permanente e contínuo da saúde dos doentes que ali se encontravam internados.

Dentre tantas relações interpessoais que pude perceber em campo, algumas permaneceram tensas até o término da pesquisa. Uma dessas relações diz respeito às enfermeiras e auxiliares de enfermagem, outra corresponde aos médicos com relação às enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Embora eu não tenha conseguido entrevistar médicos naquele ambiente hospitalar escutei diversas vezes, falas das entrevistadas que se remetiam exclusivamente a esses profissionais.

A situação do barulho das sirenes, alarmes, a impressão de uma higienização falha manifesta nos maus-cheiros, além da sensação inusitada de que há todo momento sabia que naquele espaço social ora pessoas estavam voltando a viver e ora estavam perdendo suas vidas, me deixava um tanto que ansiosa nos primeiros momentos. Com o passar do tempo, percebi que ter os sentidos aguçados me propiciava um olhar mais atencioso para aquele espaço.

Assim, cheguei à conclusão de que as relações que são travadas no ambiente do primeiro andar não fogem a esta regra: da vida e da morte. Uma questão prevalecte no ambiente, dentre outras, que gira em torno do adoecimento e da saúde. Dentro das alas a questão que se sobressaiu foi sobre as trocas de plantões que se davam por negociações de um modo geral.

As dobras de horários de plantões mesmo já tendo cumprido a carga horária de trabalho, revelava para a pesquisadora que as auxiliares de enfermagem indicavam necessitar de mais rendimentos financeiros do que os que recebiam ao final do mês. Outra percepção que tive foi sobre a necessidade que as profissionais auxiliares de enfermagem tinham de demonstrar que sua prática profissional “era importante” em um hospital de emergência. Assim, por vezes as falas cercavam de representações sobre o ambiente hospitalar, práticas profissionais, relações hierárquicas e também das posturas de outros profissionais e comportamentos das “colegas” que dividiam o mesmo setor de trabalho.

Uma questão suscitada nas falas das auxiliares de enfermagem caracterizou também uma tendência que vem se revelando nos últimos anos e o Censo do IBGE de 2010 apresentou as mulheres como as provedoras de seus lares e sendo as principais responsáveis pelo sustento dos filhos. O que também reforça no grupo de profissionais estudado o fato de apenas uma profissional não possuir filhos.

O dado socioeconômico também revelou que a média entre as profissionais de saúde entrevistadas que possuem filhos fica entre dois a quatro filhos. Portanto, as práticas de negociações de trocas de plantões caracterizavam segundo as interlocutoras, também a necessidade que ora se justificava em cuidar dos filhos e dar mais atenção à família e ora pela necessidade de concluir um curso de formação que estivessem fazendo.

Considero importante destacar as percepções das profissionais de saúde acerca de suas práticas profissionais e também das impressões sobre a pesquisadora. Além da representação da saúde e doença direcionada ao cuidado com os enfermos. Outro ponto aduz às relações de hierarquia institucional, isto é, que se deram entre as profissões citadas ao longo do texto. Nessas relações de hierarquia percebi o destaque dado à vestimenta do jaleco visto como fator de respeito, reconhecimento profissional, prestígio social e *status* dentro daquele ambiente hospitalar.

Ficou clara também a distinção que as profissionais entrevistadas faziam do espaço de trabalho no primeiro andar em detrimento do térreo. Neste contexto, as predileções eram referidas às práticas de trabalho no primeiro andar e não nas zonas de emergência localizadas nas áreas do térreo.

Outra questão apontada diante disso, refere-se às retaliações que decorrem de uma “má” postura profissional das auxiliares de enfermagem, avaliada pelas coordenadoras das alas como merecedoras de punição. Também foi observado que, para chegar a este nível de retaliação as coordenadoras precisavam ser avisadas por outras “colegas” de plantão, para só assim ter a confirmação de que a profissional agiu em desacordo a alguma norma.

Assim como descumpridoras de alguma norma interna como, por exemplo, chegar atrasada repetidas vezes, não respeitar as “leis” do ambiente de trabalho, sair sem avisar, dentre outras particularidades. Com efeito, o descumprimento dessa norma levaria essas profissionais à trabalharem um mês no pronto-atendimento, ou seja, realocadas nas áreas: azul, amarela ou na vermelha, como retaliação.

Ficou claro para mim que essas retaliações só eram dedicadas às auxiliares de enfermagem, pois em nenhum outro momento observei ou escutei relatos que dirigissem os “castigos” a outros profissionais.

Outra circunstância constatada foi quanto à distribuição de homens e mulheres nas profissões de saúde. Foi possível verificar por meio dos dados cedidos pelo Ministério da Saúde, que a maior alocação da mão de obra masculina se situava na profissão de medicina. Enquanto as mulheres dominavam em quase 100% a equipe de Enfermagem, dentre enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem. O que coincidiu com o número dominante de mulheres na Enfermagem (Auxiliares e Técnicas de Enfermagem) no primeiro andar. Além disso, o surgimento de novas especializações como o caso do “PSF”, trouxe novas configurações na divisão sexual do trabalho em ambientes de trabalho da área de saúde.

Nesse contexto, foi possível perceber que as transformações no mundo do trabalho nos últimos anos não ofertaram uma inserção que tivesse como parâmetro a equidade de gênero. Com relação às percepções das profissionais de saúde no tocante as suas práticas profissionais, foi possível demonstrar a hierarquia como marca das relações que transpassavam as situações ligadas ao ambiente de trabalho na saúde. Portanto, ainda há muito a ser descoberto em um ambiente tão vasto e profícuo como um hospital de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Baixa cobertura na atenção básica é responsável pelo aumento da demanda no HGE, diz SESAU**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/gestaoeparticipacaosocial/924>> Acesso em: 12 de dezembro de 2012.

ALVES, Paulo César. **A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença**: breve revisão crítica. (1547-1554p.). Rio de Janeiro: 2006;

BOURDIEU, Pierre. **A Distinção**: crítica social do julgamento. [Tradução de Daniela Kern]. São Paulo. Edusp: Zouk. Porto Alegre, 2007;

_____. **Razões Práticas**: sobre a teoria da ação. [tradução de Mariza Correa]. Papyrus editora. 9ª ed. 2008;

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm, acesso em 14 de Setembro de 2011;

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde**: Material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS-ProgeSUS. Série G. Estatística e Informação em Saúde, Brasília- DF: 2007;

_____. **Cartilha da Política Nacional de Humanização**: Acolhimento com classificação de risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004;

_____. **Cadernos Humaniza SUS**. V. 3. Secretaria de Atenção à Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: 2011, (268 p.);

_____. **Portaria Interministerial nº 2.118 de 03 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial União. 04 de Novembro 2005; Seção1:112;

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União. 20 de setembro de 1990;

_____. **Secretaria de Atenção a Saúde – SAS**. Página: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>. Acesso em 27 de Julho de 2012;

_____. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

[acessado 2012 out 14] [cerca de 23 p.]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>;

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa. **A Bipolaridade do Trabalho Feminino no Brasil Contemporâneo**. Porto Alegre/ RS, Cadernos de Pesquisa, nº 110, p. 67-104, julho: 2000;

CHAZAN, Lilian Krakowski. Vestindo o jaleco: reflexões sobre a subjetividade e a posição do etnógrafo em ambiente médico. In: **Cadernos de Campo**, nº 13: 15-31, São Paulo: USP, 2005. Disponível em: http://www.fflch.usp.br/da/cadcampo/ed_ant/revistas_completas/13.pdf. Acesso em Novembro de 2012;

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Assistência Média e Alta Complexidade no SUS**. Coleção Progestores/ Para entender a gestão do SUS. V.9, Brasília.(248p.). Site: vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf, 2007. Acesso em 24 Fevereiro de 2012;

CORRÊA, Marilena C.D.V. **As Novas Tecnologias Reprodutivas: Uma Revolução a ser Assimilada**. PHYSIS. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 7(1), 69-98. 1997;

CORREIA, Maria Valéria C. **Desafios para o Controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro: 2005;

DAL PAI, D; ZANELATTO, M.D. **Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de Enfermagem**. DOI. 10.4025/ciencucuidsaude. 2010. Abr/Jun. (358-365p.);

ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1994.

FLEURY, Sonia. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. Ciência & Saúde Coletiva. Ciência e saúde coletiva, vol.14 nº.3. Rio de Janeiro: 2009;

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. [org. introd. Revisão técnica de Roberto Machado]. 10ª ed. Graal. Rio de Janeiro: 1992;

GIDDENS, Anthony. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2008;

HADDAD, AE, etal. **Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008**. Rev. Saúde Pública vol.44. Nº.3 São Paulo, 2010

HIRATA, Helena. **Globalização e divisão sexual do trabalho**. Cadernos Pagu. (pp.139-156). 2001;

Instituto brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Acesso em: 14 de julho de 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>;

LE BRETON, David. **A Sociologia do Corpo** (Tradução de Sonia M.S Furman). Ed. Vozes. Petrópolis: 2010;

LOPES, Marta Júlia M., LEAL Sandra Maria C. **A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira.** Cadernos Pagu. 2005 (pp.105-125);

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. **Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, (pp. 795-806). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300015>;

NASCIMENTO, Pedro; RIOS, Luíz F (orgs.). **Gênero, saúde e práticas profissionais. (Cap. 01, 02, 03, 04 e 07).** Série Família e Gênero, n.17. Editora Universitária-UFPE. Recife: 2011;

OLIVER, Graciela de Souza, FIGUEIROA, Silvia F. de M. **Cadernos PAGU.** Ceres, as mulheres e o sertão: representações sobre o feminino e a agricultura brasileira na primeira metade do século XX. N. 29, Campinas. 2007. Página: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332007000200015>;

PORTARIA MTB nº 3.214, de 08 de Junho de 1978. Aprova às Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Página: http://www.mte.gov.br/seg_sau/leg_normas_regulamentadoras.asp. Acesso em 20 de Dezembro de 2012;

PIRES, Denise. **A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2009, vol.62, n.5, pp. 739-744. Acesso em 22 de outubro de 2012;

Weller, Wivian. **Tradições hermenêuticas e interacionistas na pesquisa qualitativa: a análise de narrativas segundo Fritz Schütze.** Agência financiadora: UNB. Disponível em: www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/trabalhos/GT14-5656--Int.pdf. Acesso em 20 de julho de 2011;

ROHDEN, Fabíola. **A construção da diferença sexual na medicina.** Cadernos de Saúde Pública [online]. Vol.19. Rio de Janeiro: 2003;

VIEIRA, Elizabeth Meloni. **A Medicalização do Corpo Feminino.** [Coleção Antropologia e Saúde]. Fiocruz. Rio de Janeiro: 2008;

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO

(Modelo aplicado nas Entrevistas com as Profissionais de Saúde: Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiras e os Atendentes do Térreo)

1) Qual é o seu nome?

_____.

2) Qual a sua Idade?

_____.

3) Você é casada? Tem filhos? Quantos?

_____.

4) Grau de instrução?

_____.

5) Qual é a sua Profissão neste hospital?

_____.

6) Quantos anos atua nesta profissão?

_____.

7) Exerce ou já exerceu alguma atividade fora do campo da saúde? Sim ()

Qual? _____, Não ()

8) Você tem outra formação profissional? _____.

9) Mora sozinha ou não, se com parentes quais? _____.

10) Você é provedora do lar? _____.

11) Com qual frequência você acompanha sua família em atividades de lazer? Sempre (), Às vezes (), Nunca ().

12) Como você percebe as relações hierárquicas no setor onde atua sua função?

_____.

13) Como se dá o diálogo entre você e os outros profissionais de saúde?

14) Cite uma motivação pessoal para a escolha profissional?

15) Como é trabalhar em um ambiente de emergência?

16) Como você percebe o atendimento ao público neste hospital?

17) Como você lida com o seu tempo entre “jornada de trabalho” e outras atividades como estudo, lazer etc?

18) Como é o processo de distribuição de profissionais de saúde na área verde?

19) Como você analisa a prática profissional em equipe no ambiente de trabalho de emergência?

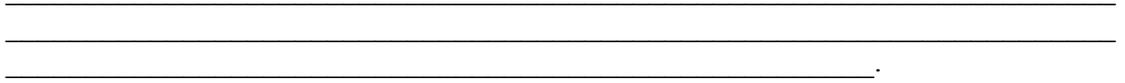
20) Você participa de cursos de Capacitação, Aperfeiçoamento ou outros? Se sim quais são?

21) Como você avalia a contribuição dos cursos para o dia a dia de trabalho?

22) Existem trocas de plantões na área verde? Como se dá?

23) Cite um aspecto que você percebe como negativo e positivo em trabalhar em um ambiente de emergência?

24) Destaque algum ponto deste roteiro que você gostaria de falar mais a respeito?



APÊNDICE B**Tabela 01 - Indicadores do Ministério da Saúde do país, atentando para o número de Ocupações à nível Região Nordeste e Alagoas**

NÚMEROS DE OCUPAÇÕES PROFISSIONAIS NA ÁREA DA SAÚDE		
PROFISSÕES	Região Nordeste	Alagoas
Auxiliar de Enfermagem	57,4	62,4
Técnico de Enfermagem	17,5	11,9

Fonte: Autora, 2013- Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde**, 2007.

APÊNDICE C

Tabela 02 - Indicadores do Ministério da Saúde do país, atentando para o número de Ocupações à nível Brasil

NÚMEROS DE OCUPAÇÕES POR SEXO NO BRASIL	MULHERES	HOMENS
Auxiliar de Enfermagem	91,1	8,9
Auxiliar de Enf. PSF	93,6	6,4
Enf. Centro Cirúrgico	91,5	8,5
Enf. Terapia Intensiva	91,3	8,7
Enf. PACS	88,8	11,2
Enf. PSF	89,7	10,3
Enf. Trabalho	90,4	9,6
Enf. Clínico Geral	91,3	8,7
Enf. Obstetra	83,8	16,2
Enf. Psiquiátrico	95,6	4,4
Enf. Pediátrico	91,9	8,1
Enf. Sanitarista	68,3	31,7
Médico Anestesista	16,6	83,4
Médico Angiologista	20,0	80,0
Médico Broncoesofalogista	25,6	74,4
Médico Cancerologista	25,0	75,0
Médico Cardiologista	11,4	88,6
Médico Cirurgião Cardiovascular	12,5	87,5
Médico Cirurgião de Cabeça E Pescoço	10,7	89,3
Médico Cirurgião de Mão	9,5	90,5

Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo	12,3	87,7
Médico Cirurgião Clínico Geral	32,0	68,0
Médico Cirurgião Pediátrico	19,4	80,6
Médico Cirurgião Plástico	9,6	90,4
Médico Cirurgião Torácico	14,5	85,5
Médico Citopatologista	19,4	80,6
Médico Comunitário	40,1	59,9
Médico Do Trabalho	20,0	80,0
Médico Ginecologista	40,8	59,2
Médico Ginecologista/Obstetra	44,9	55,1
Médico Intensivista	19,7	80,3
Médico Mastologista	17,0	83,0
Médico Nefrologista	11,1	88,9
Médico Neurocirurgião	29,8	70,2
Médico Neurologista	31,3	68,7
Médico Oftalmologista	17,0	83,0
Médico Oncologista Pediátrico	6,4	93,6
Médico Ortopedista	29,9	70,1
Médico Pediatra	63,4	36,6
Médico Plantonista	31,3	68,7
Médico Proctologista	16,7	83,3
Médico Urologista	4,4	95,6
Médicos (Clínico Geral)	31,4	68,6

Fonte: Autora, 2013- Adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Indicadores de Gestão do Trabalho em Saúde**, 2007.