

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Rosemeyre Moraes de Oliveira

“É o dia de hoje que vai dizer o que tenho para fazer”
análise discursiva do trabalho de enfermagem em um pronto-socorro
público

MESTRADO EM LINGUÍSTICA APLICADA

São Paulo

2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Rosemeyre Moraes de Oliveira

**“É o dia de hoje que vai dizer o que tenho para fazer”
análise discursiva do trabalho de enfermagem em um pronto-socorro
público.**

Dissertação apresentada à Banca
examinadora da Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, como exigência
parcial para a obtenção do título de Mestre
em Lingüística Aplicada, sob a orientação
da Prof^a Dr^a Maria Cecília Pérez Souza-e-
Silva.

São Paulo

2009

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

São tantos que não cabem aqui, nem em mim; foram tantas as pessoas envolvidas direta e indiretamente nesta pesquisa, foram tantos os que torceram pela realização destes escritos que, ao citar qualquer nome, corro o risco de esquecer algum; então prefiro agradecer a todos aqueles que se reconhecerem nas páginas que virão.

Dedico esta Dissertação:

Aos meus Tesouros:

Rosemira de Moraes – sempre presente,
Heloisa Moraes Treiber (ex- “de Oliveira”)

Por ordem de chegada na minha vida:

Marcos Xixa, meu genro e Alex Nogueira, alguém especial;

Aos meus colegas do Grupo Atelier, por toda ajuda dada e conhecimento compartilhado e pelos “amores de pessoas” que vocês sempre são; beijos “procêis” :o): Adriana Mello, Ana Maria Rodrigues, Beatriz Tavares, Gloria Assumpção, Helena Moreau, Ilda Ferreira, Kathy Harrison, Luiz Marine, Máisa Requena, Maria Ieda Muniz, Maria Inês Otranto, Rosiléia Borim, Silma Mendes, Silvia Toreli, Sônia Duque da Fonseca, Suely Weber, Vera Sant’anna e Yara Daniele.

Adail Sobral, por toda a ajuda;

A Maria Lucia e Marcia, sempre gentis;

A Yves Schwartz e Pierre Trinquet pelas orientações individuais;

Aos Professores Tony Berber e Mara Sophia, Sandra Madureira, Sumiko e Maria Francisca, por todo o conhecimento compartilhado;

À Anna Rachel Machado, Chel, que chamou meu vôo de alto, mas juntou penas à cera e me deu as asas para voar, veja você como não cheguei tão perto assim do sol, pude voar, voltar e contar o que vi por onde fui;

Fernando Paulo, Vanessa Domingues, Claudio Domingues, Josefa Sinfuente, Solange Peterka, Mariângela Leite, Claudio Martins, Marcos (Aiko), Paulo Roberto (Jacilê), Andresa Lucia, Ronaldos (Zandonadi e Marinho), Iracema Bovo, Elbbya e Família Castro, Kiara Kris (*in memorian*) todos doidos, graças a Deus;

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Tatuapé;

A todo pessoal da Enfermagem do Pronto-Socorro do Hospital Tatuapé,

À Secretaria de Estado da Educação do Governo de São Paulo pela concessão da Bolsa de Estudos;

Aos Supervisores de Ensino Sergio e Regina Lopes, pela torcida que sempre demonstraram;

Olga Nascimento (Dona Onga) pelo ombro e meus colegas professores, principalmente os OFA's que me substituíram em sala de aula quando a prioridade foi dada aos estudos;

Alba e Cidão, constantes e carinhosos “dimais da conta!”;

Sarah Carolina Lins, afilhada I e Flora Helena, afilhada II.

Dr. Luiz Fernando Pinheiro, sobre quem tudo o que eu disser será pouco, Dra Yara, que sempre me diz “essa menina é só orgulho”, mas o orgulho maior é todo meu por conhecê-la;

Meu Regente Luciano Camargo, monitores de naipe, meus colegas coralistas e músicos da orquestra, de quem tive de me afastar por dois longos anos mas em escala de progressão a falta que sinto de vocês e de cantar é maior ainda;

Às duas Ararinhas que comigo completam o trio: Márcia Donizete e Solange Lapastina, minhas companheiras de “besteiro!” durante as Disciplinas obrigatórias;

Carla Messias, Elisabete Lauriano e Célia (UFPA), pelas tardes de segunda pra lá de agradáveis e vivas;

Monica Luciana Rique, veja que atendi a seus pedidos e me tornei Mestre,

Egeu Esteves, que sempre torceu por mim;

Estas dedicatórias também são encaminhadas a vocês, meus Amigos: com quem tomei chopp e muitas vezes nem tomei porque estava estudando, enfim, a todos cuja vida tenha tido participação na minha nestes anos de 2007 e 2008.

Faço aqui um agradecimento especial, à minha maneira:

Ah, essa minha Professora Orientadora e sua “lapiseira amarela”, quanto ensinamento vindo dessas duas, quanta correção, informação, quantos sinais de que “aqui está bom agora” e “aqui precisa melhorar”, essas duas fizeram do meu rascunho a arte final que virá nas próximas páginas, lidas uma por uma, acompanhadas de perto, semana após semana.

Digo ainda que a lapiseira amarela com cartão de crédito custa alguns reais, a mina de grafite mais alguns reais mas o conhecimento a mim dado, a presença (mesmo quando de longe e por e-mail), apoio e incentivo, simplesmente “não tem preço”.

Que sorte eu tive de ser escolhida por você!
:o)

Em vez de tomar a palavra, gostaria de estar à sua mercê e de ser levado muito para lá de todo o começo possível. Preferiria dar-me conta de que, no momento de falar, uma voz sem nome me precedia desde há muito: bastar-me-ia assim deixá-la ir, prosseguir a frase, alojar-me, sem que ninguém se apercebesse, nos seus interstícios, como se ela me tivesse acenado, ao manter-se, um instante, em suspenso. Assim não haveria começo; e em vez de ser aquele de onde o discurso sai, estaria antes no acaso do seu curso, uma pequena lacuna, o ponto do seu possível desaparecimento.

Michel Foucault

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 15 |
| CAPÍTULO 1 – CONTEXTO DE PESQUISA E METODOLOGIA | 25 |
| 1.1 - BREVE HISTÓRICO DA ENFERMAGEM NO BRASIL | 25 |
| 1.2 - CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NO MOMENTO ATUAL..... | 29 |
| 1.3 - CONSIDERAÇÕES SOBRE RISCOS NO TRABALHO DE ENFERMAGEM..... | 35 |
| 1.4 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DAS ETAPAS DA PESQUISA:..... | 42 |
| 1.4.1 - CARACTERIZAÇÃO DO PRONTO-SOCORRO | 47 |
| 1.4.2 - A SALA DE MEDICAÇÃO DO PRONTO-SOCORRO: CAMPO DA PESQUISA..... | 48 |
| 1.5 - A CONSTRUÇÃO DOS ELEMENTOS DE ANÁLISE DA PESQUISA..... | 57 |
| 1.5.1 - A ENTREVISTA INICIAL PARA AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO..... | 57 |
| 1.5.2 - ENCONTRO INICIAL COM OS PROTAGONISTAS DA PESQUISA .. | 57 |
| 1.5.3 – ODIÁRIO DE CAMPO..... | 59 |
| 1.5.4 - AS CENAS DO ENCONTRO ENFERMAGEM-PACIENTE | 59 |
| 1.5.5 - AS CENAS DO ENCONTRO ENFERMAGEM-MÉDICO..... | 60 |
| 1.5.6 - A CAPTAÇÃO DE IMAGENS DIGITAIS..... | 61 |
| 1.5.7 - DELIMITAÇÃO DO MATERIAL DE ANÁLISE | 62 |
| CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 63 |
| 2.1 - ESTUDOS DA LINGUAGEM | 65 |
| 2.1.1 - O INTERDISCURSO | 65 |
| 2.1.2 - A CENA DE ENUNCIAÇÃO | 68 |
| 2.1.3 - <i>ETHOS</i> DISCURSIVO | 71 |
| 2.2 - ESTUDOS SOBRE O TRABALHO:..... | 87 |
| 2.2.1 - O TRABALHO HOJE | 88 |

| | |
|--|-----|
| 2.2.2 - ENTRE O TRABALHO PRESCRITO (O QUE EU TENHO PARA FAZER HOJE) E O TRABALHO REAL (O DIA ESTÁ SÓ ACONTECENDO)..... | 92 |
| 2.2.3 - ERGOLOGIA E TRABALHO | 96 |
| 2.2.4 - O USO DE SI (POR SI E PELOS OUTROS)..... | 104 |
| 2.2.5 - AS ENTIDADES COLETIVAS RELATIVAMENTE PERTINENTES: O CORPO-SI ARTICULADO AO MUNDO SOCIAL..... | 107 |
| CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DOS ELEMENTOS - O dia mostrando o que há de ser feito | 110 |
| 3.1 - DISCURSOS “SOBRE” O TRABALHO..... | 110 |
| 3.1.1 - Construção do referente “trabalho na Sala de Medicação” (ou “o que eu tenho para fazer hoje”.) | 111 |
| 3.1.2 - Construção do referente “trabalho do médico” | 115 |
| 3.1.3 - Construção do referente “relação com a hierarquia” | 119 |
| 3.1.4 - Construção do referente “obras de reforma no local de trabalho” | 120 |
| 3.1.5 - PA, TCE, Mal de Alzheimer, Cianótico: a doença tem nome..... | 124 |
| 3.2 - DISCURSOS “NO” TRABALHO. | 128 |
| 3.2.1 - Diálogos entre protagonistas. | 128 |
| 3.2.2 - Diálogos com pacientes e familiares | 130 |
| 3.3 - O INTERDISCURSO PRESENTE NOS ENUNCIADOS..... | 134 |
| 3.4 - A CENOGRAFIA..... | 136 |
| 3.5 - O ETHOS DO COLETIVO DE TRABALHO | 140 |
| 3.6 - AS MODALIZAÇÕES..... | 148 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 155 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 159 |
| ANEXO 1 | 165 |
| ANEXO 2 | 171 |
| ANEXO 3 | 175 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1: Suporte da caixa de descarte..... | 35 |
| Figura 2: Caixa de descarte e material hospitalar | 35 |
| Figura 3: Agulha descartada com a ponta para fora | 36 |
| Figura 4: Destro com mancha de sangue | 37 |
| Figura 5: Segunda ocorrência de agulha descartada com a ponta para fora..... | 39 |
| Figura 6 – Porta papel-toalha sobre caixa de descarte de material biológico e perfuro-cortante..... | 39 |
| Figura 7 - Vista da Entrada da Rua Síria..... | 43 |
| Figura 8 – Vista da Avenida Celso Garcia a partir da rampa de acesso ao Pronto- Socorro..... | 48 |
| Figura 9 – Relação entre <i>ethos</i> dito e <i>ethos</i> mostrado..... | 76 |
| Figura 10 – Sinalização de proibição | 86 |
| Figura 11 – Maca com paciente sob terminais de oxigênio..... | 122 |
| Figura 12 – Maca com paciente sob terminais de oxigênio..... | 151 |

RESUMO

Este trabalho de pesquisa tem por objetivo contribuir para dar visibilidade ao trabalho de enfermagem e entender como os protagonistas da atividade constroem discursivamente os referentes constituintes de seu cotidiano de trabalho. A análise dos enunciados está embasada, prioritariamente, na Análise do Discurso de linha francesa, conforme proposta por Dominique Maingueneau (1987, 2002, 2004, 2006 e 2008) e Ruth Amossy (2005 e 2006) e ainda nos princípios preconizados pela Ergologia, tais como formulados por Yves Schwartz (1992, 1998, 2000, 2007). Do ponto de vista metodológico, foram levados em consideração estudos da linguagem ‘no’ e ‘sobre’ o trabalho segundo discussão levantada por Michèle Lacoste (1998). Para o levantamento dos elementos de análise, foram delineados os seguintes passos: observação de situação de trabalho *in loco* por 60 horas; registro dos discursos espontâneos dos profissionais de enfermagem e resposta à seguinte pergunta desencadeadora das falas: ‘*O que você tem para fazer hoje?*’. Os resultados mostram que o coletivo observado encontra-se imerso numa atividade de trabalho complexa cuja imagem é contrária ao conceito de trabalhador público socialmente formado e divulgado pela mídia.

Palavras-chave: Trabalho, linguagem, enfermagem, discurso, riscos.

ABSTRACT

This research aims to contribute to confer visibility to the nursing work and to understand how the activity protagonists discursively build the constituent referents of their quotidian work. The enunciated analysis is based, mainly, on French Discourse Analysis as proposed by Dominique Maingueneau (1987, 2002, 2004, 2006 e 2008) and Ruth Amossy (2005 e 2006) and furthermore on the principles preconized by Ergology, as formulated by Yves Schwartz (1992, 1998, 2000, 2007). From the methodological point of view, work were taken into consideration the study of the language used “on” and “about” work, according to discussion proposed by Michèle Lacoste (date). For the analysis elements survey, the following steps were outlined: 60 hours of *in loco* working situation observation, registration of the nursing workers spontaneous discourses and the answer to the triggering question: “*What do you have to do today?*”. The results shows that the observed collective finds itself immersed on a complex activity whose image is contrary to the concept of public servant socially constructed and disclosed by the media.

Key-words: Work, language, nursing, discourse, risks.

INTRODUÇÃO

O cuidado do outro – que caracteriza o trabalho de enfermagem e o descreve parcialmente – é uma prática das mais antigas da humanidade. Em seus objetivos está, entre outros, a manutenção biológica da espécie, a manutenção social dos grupos e o alívio para as dores e para o sofrimento físico e mental (BAGGIO, 2006:13).

Cuidar do outro exige conhecimentos técnicos, multifuncionalidade e atualização constante de conhecimentos em função dos avanços tecnológicos no campo de Saúde; exige também habilidade para interações pessoais, dado que o “objeto” de trabalho da Saúde é outro ser humano, outro sujeito.

Somatória de conhecimentos técnicos, compreensão, empatia, apoio, necessidade de conhecimento do comportamento humano; estes são os ingredientes para a realização do trabalho de enfermagem. A linguagem ocorre em vários instantes desse trabalho: na aquisição e transmissão do conhecimento, na transmissão das prescrições para o trabalho – seja entre hierarquias, entre os profissionais consigo mesmos e entre os profissionais e seu “objeto”: o ser humano.

Por meio de enunciados a partir dos quais se fará a distinção entre linguagem “no” trabalho e “sobre” o trabalho em termos do problema específico de pesquisa¹, vemos o trabalho de enfermagem descrito pelos protagonistas desta pesquisa, cuja análise recai não sobre o trabalho de enfermagem propriamente dito, mas sobre as interações languageiras dos sujeitos que o realizam, bem como sobre a forma como eles descrevem este trabalho e suas peculiaridades.

¹ Essa distinção está explicitada no capítulo de análise dos dados.

A primeira motivação para a realização desta pesquisa foi de ordem pessoal: sentia um incômodo ao ver os Comunicados de Acidente de Trabalho (CATs) emitidos pelo Departamento de Pessoal do Hospital pesquisado – no qual trabalhei como escriturária no período de 02 de maio de 2004 a 08 de fevereiro de 2006 - em virtude de ocorrências de acidentes com material pérfuro-cortante dos quais os funcionários do Pronto-Socorro, campo da pesquisa, eram vítimas.

Tentando entender a questão do acidente de trabalho, integrei por meio de eleição o quadro da primeira Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) do Hospital, formada em 2004. No mesmo ano, ainda motivada por conhecer os predisponentes que levam à ocorrência do acidente de trabalho, ingressei em curso Técnico em Segurança do Trabalho.

Em 2007, já estudante de pós-graduação em Linguística, na área de estudos do trabalho e ainda plena dos ecos da formação técnica em Segurança do Trabalho, iniciei pesquisa de campo determinada a descobrir por meio dos estudos de linguagem o que desencadeia o acidente com material pérfuro-cortante. Atribuía a ocorrência desse acidente à ausência de uma sinalização proibitiva de re-encapamento de agulhas, tal qual as de “proibido buzinar, “proibido fumar” e outras.

Ao dar início à pesquisa de campo e em seu decorrer, pude perceber que o acidente com material pérfuro-cortante é apenas “um” dos acidentes com os quais os profissionais de enfermagem deparam em situação de trabalho e que, muito mais importante do que o motivo que os leva a re-encapar ou não as agulhas retiradas de pacientes, é a presença humana de cada um dos profissionais no fazer de enfermagem.

A segunda motivação foi desencadeada por uma série de reportagens em jornais regionais de emissoras de TV de São Paulo, nas quais o hospital Tatuapé, nome “fantasia” da unidade hospitalar, sofria críticas severas, a partir das quais o então prefeito Gilberto Kassab foi pessoalmente averiguar o motivo de tais críticas.

O estereótipo negativo acoplado ao trabalho de enfermagem é bem antigo: na Idade Média, as mulheres que punham em prática seu dom para o cuidado e a cura eram queimadas vivas como condenação ao “crime de bruxaria”. Nos tempos atuais, há a fantasia erótica relacionada à profissional de enfermagem (é comum nas vitrines de casas especializadas em produtos eróticos a fantasia de enfermeira), a depreciação da profissão e de seus profissionais: as mulheres são tidas como amantes dos médicos e os homens, considerados homossexuais.

Em 7 de maio de 2007, um produtor de um dos programas de TV referidos adentrou o Pronto-Socorro do hospital com câmera escondida, e de suas filmagens foram levados ao ar momentos de descaso e mal atendimento por parte de alguns dos profissionais mostrados na reportagem, criando o efeito de sentido de que todo o atendimento e a equipe do hospital são conforme a reportagem mostrou. Aos gritos, o apresentador, antes de exibir as imagens, também desfere críticas ao hospital e à administração pública municipal no que diz respeito ao “*descaso com as pessoas que precisam daquele hospital*” e também comenta que “*os funcionários são verdadeiros heróis*” porque trabalham em péssimas condições.

Em 9 de junho de 2007, a primeira edição de um telejornal regional de São Paulo trouxe a seguinte notícia²:

Kassab afasta diretores de hospital

Prefeito foi questionado sobre falta de investimentos no Hospital do Tatuapé.

Kassab disse que investiu R\$10 milhões e que 100 servidores serão contratados.

O hospital que é um dos líderes no ranking de reclamações da Prefeitura de São Paulo³ deve receber mais investimentos. O anúncio foi feito na manhã deste sábado (9) durante uma visita

²Fonte: <http://g1.globo.com/Noticias/SaoPaulo/0,,MUL49663-5605,00-KASSAB+AFASTA+DIRETORES+DE+HOSPITAL.html> – Acesso em 07/01/2008 às 13:28

³ Grifos meus.

tumultuada do prefeito Gilberto Kassab ao Hospital do Tatuapé, na Zona Leste.

Após a visita, o prefeito anunciou o afastamento dos diretores do hospital e nomeou uma equipe gestora. Ele também determinou a instauração de uma auditoria para apurar deficiências no atendimento do hospital. A Secretária de Saúde também foi autorizada a contratar imediatamente 80 leitos em hospitais particulares enquanto o ambulatório estiver em reforma.

Um grupo de funcionários foi ao hospital para cobrar da prefeitura a aceleração das obras de reforma do hospital, além da contratação de profissionais e da revisão de salários e das condições de trabalho. Depois de fazer uma visita ao hospital o prefeito falou sobre as reformas e foi interrompido por uma funcionária e não gostou. Disse que está satisfeito com as melhorias nas condições do hospital.

“A questão dos pacientes no corredor é uma questão temporária em função da reforma que está sendo realizada em um dos ambulatórios, reforma essa que vai proporcionar mais 18 leitos para o hospital e que vai resolver o problema”, disse Kassab. O prefeito pediu para que a Secretaria de Saúde realize a contratação de 100 novos funcionários⁴.”

Falta de médicos, de medicamentos e leitos é uma situação que atinge vários estabelecimentos da saúde pública em todo o país e não apenas o hospital em que a pesquisa foi desenvolvida. Alvo de críticas por parte da mídia e dos usuários que procuram os serviços de ouvidoria para fazerem suas queixas e pedidos de atendimento mais breve, o hospital foi apontado por uma rede de TV como “campeão no ranking de reclamações” na Prefeitura de São Paulo.

O Hospital Tatuapé sofre ataques como um todo. Entretanto, no tocante ao ambiente específico pesquisado – Sala de Medicação do Pronto-Socorro –, levanta-se a hipótese de que o tratamento dispensado aos usuários por parte da equipe de enfermagem mostra atitudes de dedicação e eficiência.

Quanto às “*deficiências no atendimento*” referidas na notícia, muitas queixas partem de usuários atendidos no Pronto-Socorro (PS). Nesse mesmo

⁴ Segundo informações do Departamento de Pessoal do Hospital, destes 100 novos funcionários contratados, alguns são os auxiliares de enfermagem protagonistas desta pesquisa e indicados como “admitida/o pelo contrato de emergência”.

Pronto-Socorro, que faz cerca de 1500 atendimentos por dia e pelo qual passam casos que vão de uma queixa de cefaléia ou crise de asma a vítimas de acidente de trem, nem todos os atendidos se consideram bem atendidos ou satisfeitos com o tratamento recebido.

No entanto, o atendimento no PS não se faz apenas com médicos, visto que há outros profissionais lidando para que a continuidade do atendimento seja garantida, estando entre eles os profissionais de enfermagem. Assim sendo, a justificativa da consideração da notícia veiculada e os comentários inseridos na forma de sublinhados, é a tentativa de tornar o trabalho de enfermagem mais conhecido e evidenciá-lo levando em conta o uso da linguagem pelos profissionais que o executam, numa atividade que vai além da técnica apreendida durante os cursos de formação e da experiência profissional. Este uso da linguagem se dá tanto na apreensão e transmissão do conhecimento técnico quanto no atendimento ao paciente e nas rotinas de trabalho, aspectos determinantes da observação de campo para fins da pesquisa.

Há muitos trabalhos científicos sobre enfermagem que tratam dessa profissão sob vários pontos de vista: formação do profissional, formação continuada, adoecimento do trabalhador, acidentes de trabalho, novas técnicas e tecnologias que são introduzidas no ramo de enfermagem em diversos campos: enfermagem neonatal, enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), enfermagem no tratamento de queimados, enfermagem no atendimento domiciliar, entre outras. Foram feitas buscas em sítios virtuais de pesquisa, bancos de teses e sítios especializados na divulgação de artigos e trabalhos acadêmicos. No entanto, não foram encontradas no Brasil pesquisas em que se relacionem estudos de linguagem ao trabalho de enfermagem.⁵

Dissertações e teses relacionando linguagem e trabalho no setor de saúde já foram produzidos e publicados, no âmbito do Grupo Atelier Linguagem e

⁵ Na França, os grupos *Langage et Travail* e *Cliniqué de l'activité* tem investigado esse setor. Entre as pesquisas encontram-se os trabalhos de Michelle Lacoste.

Trabalho⁶, ao qual me acho ligada na qualidade de estudante, dissertações de mestrado e teses de doutorado que associam a área de Saúde à da linguagem em situação de trabalho, como os de VIEIRA (2002) que aborda a relação entre medicina e linguagem ao analisar as relações dialógicas entre médicos infectologistas e pacientes portadores de HIV; FRANÇA (2002), que trata das relação entre recepção de radiologia e linguagem, abordando a rotina de trabalhos de atendentes em um setor de radiologia; HARRISON (2006), que incide sobre a relação entre fonoaudiologia e linguagem, abordando as relações de trabalho numa escola para crianças portadoras de deficiência auditiva; OTRANTO (2006), que trata da relação entre odontologia e linguagem, abordando as interações linguageiras entre odontólogos e pacientes; e TADROS (2006), que trata do tema fonoaudiologia e linguagem, abordando o papel do fonoaudiólogo como mediador de linguagem técnica em fonoaudiologia entre pais de crianças portadores de deficiência auditiva. Não havia contudo nenhuma investigação de campo sobre o trabalho do profissional da enfermagem a partir dos estudos do campo de linguagem e trabalho.

O profissional de enfermagem se vê constantemente frente ao imprevisto e, por essa razão, várias vezes tem de adaptar a prescrição do trabalho à situação que lhe aparece; injeções, inalações e outros procedimentos são comuns ao trabalho – o que os diferencia é o contexto ou cena em que esses procedimentos são adotados. Por exemplo: uma simples inalação pode ser problemática se o paciente for um detento e, para evitar tentativas de resgate, estiver acompanhado de escoltas fortemente armados que portam suas armas em guarda alta⁷.

⁶ Grupo formado por pesquisadores interessados nas práticas de linguagem em diferentes contextos, especialmente os relacionados ao tema “trabalho”. Tal grupo é composto por profissionais de diferentes Universidades: São Paulo (PUC e USP), Rio de Janeiro (UERJ e UNIRIO), Mato Grosso (UFMT), Rio Grande do Sul (UNISINOS, UCPel) e mantém interlocução com equipes francesas que têm o “trabalho” e a “linguagem” como objeto de estudo.

⁷ Guarda alta é a posição em que o agente mantém-se numa postura em que põe o cano da arma virado para cima. Trata-se de uma norma, preceito e regra.

O termo “prescrição”, quando se referir ao trabalho de enfermagem, será tomado nesta pesquisa com o sentido de “conjunto das indicações prévias que determinam o trabalho de enfermagem”, englobando das normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – a ordens verbais da enfermeira chefe aos auxiliares durante a situação de trabalho. É distinto de “prescrição médica”, que se define como o “conjunto de todas as medidas não cirúrgicas (medicamentos, dietas, outros cuidados etc.) determinadas pelo médico para o tratamento de um doente.”

O local escolhido para a pesquisa (Sala de Medicação do Pronto-Socorro do hospital Tatuapé) apresentava na época algumas peculiaridades que o diferenciavam de uma Sala de Medicação comum: em virtude da reforma do hospital⁸, esta sala funciona também como um local de internação de pacientes. Por não ser permitida quebra no atendimento ao paciente, o movimento normal, somado à presença de internos que requerem cuidados especiais, representa para os profissionais que laboram nesta sala uma sobrecarga de trabalho, realizado em condições quase sempre desfavoráveis (pelo número de macas espalhadas comprometendo o espaço e as condições de locomoção) e com aumento de responsabilidades.

Internos e acompanhantes misturam-se aos pacientes que tem apenas prescrição para medicamentos vindas dos médicos que atendem nas clínicas do Pronto-Socorro; pacientes são trazidos pelos sistemas Resgate e SAMU⁹; como já foi dito, escoltas fazem a guarda de detentos; familiares tentam acompanhar pacientes não internos durante inalação ou injeção de medicamentos. Todos esses pormenores compõem o imprevisível da situação de trabalho dos profissionais de

⁸ Trata-se da reforma citada pelo prefeito na notícia veiculada e acima reproduzida.

⁹ Respectivamente: Resgate (193) é o sistema de socorro pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo, O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu/192) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência, é vinculado ao Ministério da Saúde porém a gestão do atendimento, profissionais e recursos materiais é feita pelos Municípios.

enfermagem que, na tentativa de realizar suas tarefas com êxito, readaptam a prescrição do trabalho praticamente a cada momento da atividade.

Há ainda a incidência de riscos com os quais os trabalhadores convivem, alguns mais previsíveis (como a tentativa de levantar um peso maior do que a constituição física permite) e outros menos (como pacientes alterados que ferem auxiliares e enfermeiros com as agulhas que retiram de si).

Esta dissertação tem como objetivo geral contribuir, por meio de análises das práticas languageiras dos profissionais de enfermagem da Sala de Medicação, para dar visibilidade à atividade de trabalho de enfermeiros e auxiliares de enfermagem de um Pronto-Socorro público; e tem como objetivo específico depreender o *ethos* discursivo construído por esses profissionais *em situação de trabalho*.

Com a finalidade de alcançar os objetivos propostos nesta dissertação, procedeu-se à pesquisa de campo no Pronto-Socorro do hospital Tatuapé, um dos postos dos profissionais de enfermagem citados na matéria jornalística desencadeadora desta pesquisa, a fim de evidenciar o trabalho desses profissionais sobre os quais recaiu uma impressão de relapsos após veiculação da reportagem citada.

Esta pesquisa foi motivada e se justifica pelo pouco conhecimento sobre o trabalho de enfermagem e dos profissionais que o realizam, pelo número reduzido de pesquisas acadêmicas sobre o profissional de enfermagem em situação de trabalho tratadas do ponto de vista da linguagem e pelas críticas de repórteres que montam suas matérias jornalísticas com base em observações superficiais, pelos depoimentos de usuários insatisfeitos com o serviço prestado pelas

instituições de saúde pública e pela tentativa de contestar estereótipos negativos formados sobre o profissional de enfermagem, servindo assim à valorização dessa atividade profissional.

PERGUNTA DE PESQUISA:

A pergunta de pesquisa desta dissertação é:

Que *ethos* é construído por profissionais de enfermagem em situação de trabalho?

Entendendo-se por *ethos* a imagem de si no discurso mostrada durante a enunciação, observar os trabalhadores em situação de trabalho e os discursos-enunciados produzidos durante essa situação de trabalho foi o caminho lógico para tentar identificar o *ethos* projetado por esses profissionais.

A observação feita de um coletivo de trabalho e não de um trabalhador específico justifica-se pela importância que as interações languageiras têm nesta pesquisa: é na troca verbal que os referentes do trabalho da equipe observada (os colegas de trabalho, o médico, o paciente, os familiares do paciente, a instituição e o trabalho em si) são construídos e que os valores atribuídos a cada um desses referentes são revelados.

Tomadas de decisão, momentos de empatia, dificuldades materiais para a realização do trabalho, conflitos ocorridos e soluções para esses conflitos são componentes que ajudam a construir o “*ethos* dos profissionais de enfermagem em situação de trabalho” na Sala de Medicação do Pronto-Socorro do Hospital Tatuapé.

CAPÍTULO 1 – CONTEXTO DE PESQUISA E METODOLOGIA

O trabalho de enfermagem é supostamente conhecido, mas sobre o trabalhador que o realiza pouco se sabe; destarte, falar sobre esse trabalhador, sua trajetória pessoal e profissional, os constituintes do trabalho de enfermagem que são desconhecidos pela maioria das pessoas que recorrem ou necessitam de cuidados vindos desses profissionais é parte da intenção desta pesquisa, por meio da qual, como foi dito, se espera contribuir para o reconhecimento daqueles que realizam esse trabalho.

As transformações pelas quais o trabalho de enfermagem passou ao longo da história até chegar à somatória de conhecimentos técnicos e dom necessário ao exercício da profissão que caracterizam hoje a profissão ajudam a entender a maneira pela qual a enfermagem é praticada hoje: não mais como crime de bruxaria, não mais como trabalho social e religioso (como já foi considerado), mas como um trabalho auxiliar, porém importante, para a manutenção da vida, inclusive da vida dos profissionais de enfermagem que, tal como trabalhadores de outras profissões, estão expostos à ocorrência de acidente e adoecimento no e pelo trabalho.

1.1. BREVE HISTÓRICO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Têm-se referência do exercício do trabalho de enfermagem no Brasil desde a chegada dos Jesuítas, na época da colonização. Nos projetos educacionais voltados para a população indígena estavam incluídos treinamentos para cuidados de enfermagem (VIANA, 2005:64). “... *a organização da enfermagem na sociedade brasileira compreende desde o período colonial até o final do século XIX, quando surgiram as casas de misericórdia...*” (GUIMARÃES, 2008:05).

Os jesuítas contribuíram para a abertura de Santas Casas, além de casas de abrigo para índios e órfãos. A primeira Santa Casa foi instalada em Santos, São Paulo, em 1543. O trabalho praticado nessa época tinha caráter prático e carecia de conhecimento científico.

Nessa primeira fase da enfermagem no Brasil, surge o nome de Anna Justina Ferrari Néri, cujo destaque permanece até hoje devido aos serviços prestados na Batalha do Paraguai, serviços esses que a levaram a ser reconhecida com o título de “Mãe dos Brasileiros”.

Da época da Colonização até os primeiros anos do século XX a enfermagem exercida no Brasil teve uma conotação de trabalho “caridoso”, praticado principalmente por religiosas cuja orientação era obtida dos livros vindos da Coroa.

Foi apenas em 1890, por meio do Decreto 781, que a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospital Nacional de Alienados¹⁰ foi criada e o primeiro curso oficial de enfermagem no Brasil foi instituído. O método de ensino seguia o sistema francês por ser o modelo de organizações hospitalares na Europa. Os pré-requisitos para ingresso nesse primeiro curso eram: alfabetização plena e conhecimento de aritmética elementar.

Em 1901 foi fundada a Escola de Enfermagem do Hospital Evangélico (que é hoje o Hospital Samaritano, em São Paulo - Capital). Cinco enfermeiras inglesas vieram organizar e dirigir o curso. Em 1916, no Rio de Janeiro, foi criada a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, cujas ingressantes deveriam

¹⁰ Primeiro hospital psiquiátrico da América Latina, instalado na cidade do Rio de Janeiro em 1852. No prédio funciona hoje, após desativação do hospital, a Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

ter diploma de escola normal ou curso secundário. O nível de escolaridade básica foi, portanto, aumentado.

Durante a Primeira Guerra Mundial (de 1914 a 1918), dada a urgência dos cuidados, a capacidade de improvisação e a criatividade eram necessárias e assim o são até o presente momento (VIANA, 2005:68).

Em 1922 a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública foi criada pelo Decreto 15.799. O modelo de ensino preparava os alunos para participar do programa de combate às endemias e cuidados de enfermos em isolamento.

Nesse período, verificou-se a necessidade de acompanhamento para a realização de tarefas menores dentro do trabalho de Enfermagem, surgindo então informalmente a função de “auxiliar de enfermagem”, regulamentada apenas em 1961 pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEn.

Com a paulatina instalação do sistema sanitarista no país, emerge a Enfermagem profissional pautada por modelos norte-americanos. Os valores que permeiam o trabalho de Enfermagem à época são a submissão e o servilismo ao Estado; a submissão da Enfermeira mulher ao homem médico; o serviço de caridade e religiosidade, no qual a submissão era marcante (VIANA, 2005:72).

O crescimento urbano e o início do processo de modernização dos organismos e instituições hospitalares provocam aumento da demanda de profissionais de enfermagem, e os serviços vão deixando de ser prestados apenas por religiosas e passam a ter uma maioria de profissionais.

Em 1923, com a regulamentação do trabalho de enfermagem, e em 1926, com a fundação da Associação Nacional das Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, o reconhecimento da profissão se consolidou. Em 1964, a Associação passa a se chamar Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, com sede no Distrito Federal e representações nos Estados.

Da implantação da primeira Santa Casa, em 1543, ao reconhecimento consolidado da profissão de Enfermagem em 1923, o exercício passou por crises e seus profissionais por rotulações. A concepção taylorista de trabalho também foi aplicada aos trabalhadores de enfermagem, pois tempo gasto e movimentos realizados para a execução das tarefas já foram medidos; a rigidez dos treinamentos iniciais foi absorvida do militarismo, bem como a submissão da mulher-enfermeira ao homem-médico. (VIANA, 2005:73)

Há outros constituintes iniciais do trabalho mantidos até hoje: humildade e devoção. A docilidade que já fora requerida como forma de controle, hoje é constituinte da vocação para o trabalho de enfermagem (VILLALOBOS, 1998:181).

A participação e a liderança são nortes da formação das equipes de enfermagem hospitalar. Nas comunicações integrantes da função, os profissionais de enfermagem vêm atribuídos a si papéis que outrora eram dos médicos: conversar com o paciente e, muitas vezes, com familiares. O trabalho está localizado entre dois pólos: o da técnica e o do contato humano, dado o tempo de convivência entre enfermeiros e pacientes, que é maior do que com os médicos (VILLALOBOS 1998:181).

O exercício de enfermagem encontra-se assim inserido num contexto histórico e social nos quais as mudanças são evidentes, sendo o profissional dotado hoje de saberes teóricos, técnicos e intuitivos, resultado de cada um dos momentos pelos quais passou e que desde Anna Néri se aplicam a essa relação entre o saber e o cuidar (VIANA, 2005:78).

O tecnicismo presente na área de saúde e aplicado às dicotomias saúde/doença, prevenção/cura, que influenciou a formação dos profissionais de enfermagem, tem evoluído para os triângulos saúde/doença/cuidado e educação/prevenção/cura, processos nos quais a presença desse profissional é imprescindível para as interações necessárias (VIANA, 2005:74).

1.2. CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NO MOMENTO ATUAL

Na enfermagem está *a arte do cuidar*¹¹, que necessita de critérios básicos para sua prática: criatividade, sensibilidade e habilidade (GUIMARÃES, 2008:1). A criatividade corresponde à retenção, evocação e combinação de imagens na qual o profissional utiliza o material fornecido pelos sentidos, ou seja, a combinação do processo de imagens e sua função. A sensibilidade é o conhecimento de uma qualidade de sentimentos por meio dos quais emerge o respeito e o entendimento entre profissional e paciente. A habilidade é a capacidade para desenvolver algo com base na inteligência. A somatória desses critérios cria condições para a realização da arte do cuidar humanizado de forma sistematizada e instrumentalizada. Para a autora, “*a ciência da enfermagem é construída por meio das teorias sociais, biológicas e médicas*” (GUIMARÃES, 2008:2)

¹¹ Grifo da pesquisadora. A autora citada refere-se do cuidado ao outro como uma forma de arte. Pode-se entender isso como afirmar que enfermagem é questão do talento para o cuidado, como um dom, assim como o artista é dotado de talento artístico.

Conforme o Código Brasileiro de Ocupação, doravante CBO¹² (Livro 1 p. 393 e 394), a função de auxiliar de enfermagem corresponde a desempenhar atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência técnica, atuar em cirurgias, saúde ocupacional e outras áreas, prestar assistência ao paciente (atuando permanentemente sob supervisão do enfermeiro), organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões. Trabalhar em conformidade às boas práticas de biossegurança, comunicar-se com pacientes e familiares e com a equipe de saúde também são atividades constitutivas do trabalho de auxiliar de enfermagem.

Quanto à formação, para ingresso na função requer-se ensino fundamental completo e formação em curso de qualificação profissional com um mínimo de 400 horas-aula, podendo chegar a 1500 horas-aula. A continuidade dos estudos em nível de graduação está vinculada à conclusão do ensino médio. O CBO cita educação continuada como filosofia da profissão (Vide anexo I).

Os profissionais de enfermagem trabalham em ambientes fechados e em revezamento de turnos, muitas vezes sob pressão, o que pode levar ao estresse. Exposição à contaminação biológica, material tóxico e radiação são alguns dos riscos citados.

Para a função de enfermeira há o seguinte elenco de prescrições: prestar assistência ao paciente e/ou cliente em clínicas, hospitais, ambulatorios e em domicílio, realizar consultas e procedimentos de maior complexidade e prescrever ações. Coordenar e auditar serviços de enfermagem, implementar ações para a promoção da saúde junto à comunidade¹³.

¹² Vide anexo 2.

¹³ Ao profissional enfermeiro é permitida a realização de pesquisas.

Quanto à formação e experiência, é exigido curso superior de enfermagem e registro no Conselho Regional de Enfermagem, doravante Coren¹⁴. O exercício pleno das atividades ocorre após um ou dois anos de experiência profissional. Para ser um especialista na área, é recomendável que o profissional passe, primeiramente, por diferentes experiências de trabalho e posteriormente se especialize na área escolhida, segundo o CBO.

Atuam nas áreas de saúde e serviços sociais. São empregados com registro em carteira, trabalham em equipe, em ambientes fechados e com revezamento de turnos (diurno/noturno). Os profissionais são predominantemente do sexo feminino, porém o número de profissionais do sexo masculino tem aumentado. São expostos a riscos biológicos e, com exceção dos enfermeiros sanitaristas e do trabalho, a materiais tóxicos, radiações e estresse decorrente de lidar com vida humana. Há profissionais de enfermagem que atuam em universidades e instituições de pesquisa, nas funções de professor e pesquisador, por terem formação para tal.

As normas que regulamentam o exercício de enfermagem, enfermeiro e auxiliar, são a Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências; a Lei nº 7.498, de 25 de junho 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências; e o Decreto nº 94.406, de 8 de junho 1987, que Regulamenta a Lei nº 7.498/86.

É uma atividade que exige, além de conhecimentos técnicos, a mesma multifuncionalidade que é exigida hoje dos vários tipos de trabalhadores, dando conta de si, do outro, da comunidade em que está inserido, tendo necessidade constante de atualizar conhecimentos, dado o surgimento de tecnologias que se tornam artefatos auxiliares do seu agir.

¹⁴ Os Corens são distribuídos por Estado, ex.: Coren-SP, Coren-MG, Coren-RJ, etc., estando vinculados ao Conselho Federal de Enfermagem, o Cofen.

O cuidado é visto como uma das mais antigas práticas da humanidade, tendo como objetivos a manutenção biológica da espécie e a manutenção social dos grupos. O cuidado ao ser humano se insere na história como uma atividade ligada à cura das doenças e ao alívio do sofrimento. Assim, a concepção acerca da doença e da saúde sempre determinou princípios ou maneiras de praticar o cuidado orientando-se pelos valores predominantes na sociedade.

O conceito de enfermagem tem evoluído de uma descrição de tarefas e técnicas para um serviço humano amplo, compreensivo e de apoio, realizado como uma vocação aprendida. Villalobos (1988:181) destaca que mais recentemente a enfermagem passa a ser reconhecida como uma área de conhecimento e de prática da saúde e do comportamento humano que maneja o cuidado da saúde no transcurso do processo vital humano. Entende-se o cuidado como um trabalho humano determinado histórica, social e culturalmente; trabalho social e econômico que se elabora por meio do ato pensado, realizado e recriado de diferentes maneiras.

Auxiliares de enfermagem e enfermeiros estão expostos a riscos. Para os trabalhadores em estabelecimentos de Saúde, foi promulgada em 2006 uma Norma Regulamentadora específica, a NR-32, cujo título é *SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE*¹⁵ e que tem por finalidade, conforme diz seu item 32.1.1:

Estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

¹⁵ Vide anexo 1.

A discussão de problemas ligados ao trabalho executado por auxiliares de enfermagem, suas conseqüências para a saúde, bem como para a qualidade e produtividade dos serviços prestados, tem importância estratégica para a pesquisa em desenvolvimento. Em serviços de saúde, principalmente em hospitais, o sofrimento psíquico é uma questão de fundamental importância, uma vez que o profissional de saúde lida constantemente com a dor e o sofrimento do outro, e no limite há a morte, o que lhe traz constantes desafios. Para Dejours, psicólogo do trabalho, *“a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é no aparelho psíquico”*. O sofrimento é causado no sujeito quando a relação homem-trabalho é bloqueada pelas normas, quando os desejos individuais e necessidades fisiológicas não são levados em conta quando da concepção da norma que amputa o ser no seu agir. O trabalho repetitivo é uma porta aberta para a insatisfação e conseqüente adoecimento (DEJOURS,1992:30).

Além disso, pode haver situações em que a organização e o conteúdo do trabalho não lhes sejam favoráveis, o que aumenta o risco de agravar a sua saúde, sendo exemplos dessas situações a falta de leitos em hospitais públicos, a falta de medicamentos básicos e até mesmo de Equipamentos de Proteção Individual, doravante EPI.

As tarefas perigosas, geralmente feitas em grupo, dão origem a um medo específico, e os trabalhadores elaboram estratégias defensivas que fazem que esse medo tarde a se manifestar, um sofrimento que só é revelado quando cria uma sintomatologia, no caso do taylorismo¹⁶, as chamadas “síndrome subjetiva de fadiga nervosa” e “síndrome de contaminação pelos comportamentos condicionados”. Quando ocorre a “somatização” do sofrimento psíquico é porque corpo e mente não

¹⁶ Sistema de organização do trabalho concebido pelo engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor (1856-1915), com o qual se pretende alcançar o máximo de produção e rendimento com o mínimo de tempo e de esforço

são dissociados; a vida psíquica, quando desestruturada, tem reflexos na integração de diferentes órgãos e sistemas.

No caso específico dos profissionais de enfermagem, a necessidade de trabalhar em mais de um emprego, às vezes em um hospital público e outro privado, pode expô-los a mais de uma organização diferente do seu trabalho, o que causa fadiga maior, e maiores conflitos, trazendo maiores possibilidades de adoecimento do corpo pela somatização das angústias.

Para se reconhecer o exercício da enfermagem, deve-se separá-lo das demais profissões do ramo da saúde. É um exercício que em sua atuação envolve corpo, mente e razão para fornecer à clientela o conforto. Nesse exercício reside a luta pelo direito do acesso à saúde por todos independentemente do lugar em que a assistência em saúde esteja se desenvolvendo, seja em hospitais, domicílios, postos de saúde e em outras unidades de atendimento (GUIMARÃES, 2008:32).

A autora destaca ainda o importante papel da enfermagem na construção de novos modelos de assistência na qual se deve utilizar *“a lógica do acolhimento, da escuta, da responsabilidade, da resolução de necessidades de satisfação dos sujeitos envolvidos em todo o processo de saúde”* (2008:32).

1.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE RISCOS NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

Segundo Marziale e Rodrigues, há três classificações de risco no trabalho da Enfermagem:

- O risco real: causado pelo empregador, relaciona-se à condição de trabalho oferecida;



Figura 1: Suporte da caixa de descarte



Figura 2: Caixa de descarte e material hospitalar

Nas imagens acima, vemos o suporte para caixa de descarte de material biológico no chão, sob uma prateleira, e a seguir o material para uso em pacientes ao lado de aparelho elétrico: há risco de curto circuito e de um incêndio ter início a partir da combustão do material do lado direito, bem como a caixa de papelão em suporte de madeira do lado esquerdo, igualmente combustível. O suporte para caixa de descarte no chão significa que a caixa está em local inadequado, consequência trazida pela reforma do hospital, que obriga a dar continuidade ao atendimento ainda que de forma precária, mas que pode significar risco para os funcionários.

- O risco suposto: quando o trabalhador conhece as causas que favorecem a ocorrência do acidente e pode vir a tomar uma atitude que leve à ocorrência do acidente;



Figura 3: Agulha descartada com a ponta para fora

- O risco residual: de responsabilidade do trabalhador, ou seja, o ato inseguro.

Na imagem acima, a agulha supostamente esquecida com a ponta cortante para fora pode provocar acidente mecânico (por perfuração e corte) e biológico (por contaminação). O material descartado não traz informações sobre a pessoa em quem foi usado. As normas de vigilância sanitária indicam que todo material pérfuro-cortante seja descartado na embalagem própria e com as pontas para dentro.

Na visão da Segurança do Trabalho, há outros tipos de risco que atingem os profissionais de saúde (dentre eles os auxiliares de enfermagem e enfermeiros), bem como qualquer trabalhador, conforme a atividade que exerça. São eles:

- O risco físico (condições de temperatura, luminosidade, umidade);
- O risco químico (gases e vapores);
- O risco biológico (fungos, bactérias, fluidos corporais dos pacientes, inclusive sangue):



Figura 4: Destro com mancha de sangue

Na imagem acima, o aparelho de medição dos índices de glicemia (destro) apresenta-se maculado por sangue - na parte inferior do suporte - que pode estar contaminado e provocar desenvolvimento de patologias diversas se algum dos funcionários vier a ter contato com esse material biológico em condições que favoreçam a contaminação.

- O risco ergonômico (lesão por levantamento de peso excessivo, balcões ou pias em desacordo com a estatura do trabalhador nos quais o esforço repetitivo em posição inadequada pode ocasionar a ocorrência de lesões);
- O risco moral (assédio por parte de pacientes, médicos, acompanhantes, assalto dos funcionários que guardam a carteira no bolso), conforme se pode perceber no fragmento abaixo:

Volto à Observação, uma das auxiliares me pede para que relate que na enfermaria masculina há um paciente que tenta 'passar a mão' nas mulheres e que por causa disso remanejaram um auxiliar masculino de um dos andares, a fala era: 'como se já não bastasse tudo o que a gente passa, ainda temos que servir de quebra-galho para paciente (...)

A funcionária queixa-se de abusos de um paciente, que supostamente tenta satisfazer seus impulsos sexuais molestando as funcionárias. Por meio do fragmento “*como se já não bastasse tudo o que a gente passa*” esse tipo de ofensa às funcionárias configura-se como “mais uma” em meio a outros tipos de exposição.

- O risco mecânico (o instrumento pérfuro-cortante);



Figura 5: Segunda ocorrência de agulha descartada com a ponta para fora

A imagem acima não é repetição da imagem 3; elas foram captadas em datas distintas, mas o risco é semelhante: acidente mecânico e biológico causado pelo mesmo tipo de instrumento perfuro-cortante, nos dois casos, agulhas usadas e descartadas com a face cortante para o lado exterior da caixa de descarte de material biológico.

A imagem evidencia o risco na situação em que, se a caixa de descarte da imagem abaixo estivesse na posição em que está a da imagem acima, o acidente mecânico e biológico teria uma grande probabilidade de ocorrência:



Figura 6 – Porta papel-toalha sobre caixa de descarte de material biológico e perfuro-cortante

Pela ordem, a consequência desses acidentes é: 1) lesão; 2) contaminação; 3) afastamento do trabalho; 4) aborrecimentos profundos; 5) exposição a agressões físicas e verbais, contato com pessoas de diferentes graus de higiene pessoal (ou falta de), educação e discernimento.

E há o risco psicossocial (sofrimento ao não poder reverter óbitos, os diferentes turnos de trabalho, a necessidade de trabalhar em mais de um emprego, o estresse, a exposição aos outros riscos)

Os riscos que merecem destaque neste estudo são o mecânico e o biológico, o moral e o psicossocial: o mecânico porque causa lesão; o biológico porque pode vir a causar patologias, o moral porque as insatisfações dos usuários, colegas de trabalhos e muitas vezes da hierarquia podem ser ‘jogadas’ sobre os profissionais de enfermagem e o psicossocial tendo em vista as classes e condições sociais dos pacientes atendidos.

No estudo feito por Marziale e Rodrigues (2002) sobre os acidentes de trabalho causados por agentes pérfuro-cortantes notificados, 88.8% tiveram resultado de sorologia positiva para AIDS e Hepatite B, esta segunda em menor número. Segundo a Norma Regulamentadora 05, há obrigatoriedade de comunicar o acidente via CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho) e notificação de acidente biológico (em formulário próprio e de acordo com os procedimentos indicados no Protocolo de Acidentes com Material Biológico da Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária) ao Centro de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) até no máximo duas horas após o acidente, para que os procedimentos que evitam a contaminação sejam adotados a tempo.

Muitas vezes esse procedimento, considerado urgente, não é cumprido: por medo do afastamento do trabalho, o que significa diminuição de vencimentos (por perda de gratificação durante os dias afastados); por não querer abandonar o trabalho, que é considerado muitas vezes essencial: segundo relatos dos auxiliares, cuidar do paciente é mais urgente que cuidar de si. Por essa não-comunicação do acidente biológico (subnotificação), tanto a Previdência¹⁷ quanto o CCIH¹⁸ ficam sem controle da estatística de acidentes biológicos, problema sério no trabalho dos auxiliares de enfermagem.

Cabe ressaltar aqui que o acidente biológico também pode acontecer com os prestadores de serviço de limpeza e lavanderia hospitalar: há literatura que relata casos em que as agulhas são espetadas nos colchões ou jogadas no lixo comum (o que contraria a norma por haver receptáculo próprio para descarte de seringas e agulhas); além disso, quando manipulam lençóis na lavanderia ou recolhem o lixo, mesmo com luvas de látex, ocorrem lesões.

Nas reuniões ordinárias da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) do hospital, havia participação de representantes desses prestadores de serviço – limpeza e lavanderia – e era comum queixa de duas ocorrências: agulhas em lençóis e sacos de lixo comum, perfurações com agulhas em outras partes do corpo que não as mãos com luvas (pernas, ao carregar o saco de lixo, por exemplo). Há bibliografia e vários estudos sobre acidentes com operadores de lavanderia e limpadores¹⁹.

Além dos riscos citados, ainda há os predisponentes para a ocorrência de acidentes: contato direto com o paciente em funções nas quais utilizem materiais

¹⁷ Os servidores públicos estatutários estão vinculados ao Regime Próprio de Previdência Social (RPPS). Os funcionários celetistas por sua vez são vinculados ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e ao INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social.

¹⁸ Centro de Controle de Infecção Hospitalar.

¹⁹ CANINI, Sílvia Rita Marin da Silva (2002)

pérfuro-cortantes a maior parte do tempo, aplicação de medicação endovenosa e intramuscular, troca de curativos, formação que não tenha orientado sobre a maneira correta de manipular e descartar os materiais, falta de reciclagem de materiais e de treinamento, falta de reforço da idéia de “não reencapar manualmente as agulhas usadas”, sinalização de Segurança que não lhes tenha sido apresentada/explicada ou até mesmo inexistência dela, sobrecarga de trabalho, fadiga, desconsideração das orientações e excesso de autoconfiança.

1.4 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL E DAS ETAPAS DA PESQUISA:

Para obtenção dos dados de análise desta pesquisa, procedeu-se a aproximadamente 60 horas de observação de situação de trabalho na Sala de Medicação do Pronto-Socorro do hospital Tatuapé, tendo como sujeitos 4 enfermeiras e 14 auxiliares de enfermagem de ambos os sexos.

As visitas para observação não obedeceram a horários regulares²⁰, mas não houve intervalos maiores que cinco dias entre as visitas. Durante as visitas, foi dada prioridade aos depoimentos espontâneos, registrados por meio de anotações e não de gravações a fim de evitar constrangimento aos protagonistas da pesquisa.

Dos depoimentos obtidos procedeu-se à separação das falas “no trabalho” e “sobre o trabalho”, priorizando-se as ocorridas no período de 15:00 h às 19:00 h por ser o horário em que o movimento na Sala de Medicação aumenta em virtude de reavaliação médica dos pacientes após a chegada de exames laboratoriais.

²⁰ Devido à disponibilidade da pesquisadora.

A seguir, será feita uma descrição geral do hospital Tatuapé para situar a Sala de Medicação, local da observação desta pesquisa:

- Razão Social: Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio
- Nome Fantasia: Hospital Tatuapé ou Hospital Municipal do Tatuapé



Figura 7 - Vista da Entrada da Rua Síría

- Endereço: Avenida Celso Garcia, 4815 – Tatuapé – São Paulo – SP – CEP 03063-000.
- Telefone: tronco-chave 2091.7000
- Esfera Administrativa: Municipal, gerido pela Autarquia Hospitalar Municipal Regional Norte que por sua vez é órgão vinculado à Secretaria Municipal de Saúde.
- Tipo de Unidade: Hospital Geral. Residência Médica (hospital escola).

Inaugurado em 1969, o Hospital realiza hoje, em média, 110 mil atendimentos/procedimentos, 50 mil exames e 34 mil consultas por mês. A pedra fundamental foi lançada em 31/12/1957:

*Durante sua gestão na Prefeitura Municipal de São Paulo, Adhemar de Barros pretendeu iniciar a construção do Hospital do Tatuapé onde funcionava um pequeno posto de pronto socorro. Chegou inclusive a lançar a pedra fundamental do hospital, mas a construção mesmo só iria ser efetivada no final da década seguinte quando a Prefeitura realizaria a obra, atendendo a forte movimento reivindicatório realizado pela comunidade do bairro*²¹.

Outro fato marcante de sua história é o Projeto de Lei 684/2002, da Vereadora Myryam Athie (PPS) que implantou o serviço de cirurgia cardíaca no Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio. Outro projeto da mesma Vereadora foi responsável pela instalação no ambulatório de especialidades deste hospital e o serviço de mastologia e reconstrução mamária, que funcionam no primeiro andar no ambulatório médico.

O Hospital possui Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, na terceira gestão apenas. Participei da primeira. Possui também serviço de educação continuada para auxiliares de enfermagem.

O prédio é composto de 10 andares, um prédio anexo e um anexo na parte frontal do prédio principal. A distribuição dos departamentos por andar é a seguinte:

- Andar Térreo: farmácia central, cozinha industrial, refeitório, departamento de pessoal, centro de esterilização de material, base do atendimento pré-hospitalar do serviço SAMU do Ministério da Saúde, lavanderia, central telefônica, vestiário com armários, salas administrativas, comissões de ética, comissão de ensino, imprensa, arquivo médico, anfiteatro, sala de reuniões,

²¹ Fonte: “História e Memórias” – secretaria de Higiene e Saúde da Cidade de São Paulo

lanchonete, diretoria, zeladoria, pronto socorro infantil e farmácia beneficente organizada e mantida pelo corpo de voluntárias, do qual participa ativamente bem como o gerencia o Sr. Romão, proprietário da Indústria e Comércio de Calçados conhecido como “Romão Magazine”

- Primeiro Andar: Ambulatório de especialidades, capelania ecumênica, espaço infantil, serviço social, centro cirúrgico, radiologia, tomografia, ultrassonografia, pronto atendimento adulto, sala de choque, sala de coleta de material para exames laboratoriais, plantão administrativo, remoção, Pronto-Socorro da clínica buco-maxilo-facial, medicina do trabalho e fisioterapia, gerência médica do Pronto-Socorro, chefia de Enfermagem, Serviço AMA (Atendimento Médico Ambulatorial) implantado pela Prefeitura do Município e Sala de Medicação (local da observação de situação de trabalho para esta pesquisa).
- Segundo Andar: Centro de Terapia Intensiva e semi-intensiva, Gasoterapia.
- Terceiro Andar: Clínica Médica, Isolamento para doenças infecto-contagiosas, grupo de curativos.
- Quarto Andar: Pediatria, UTI pediátrica e neonatal e brinquedoteca.
- Quinto Andar: Clínica de Ginecologia, Maternidade e Berçário.
- Sexto Andar: Clínica Médica.
- Sétimo Andar: Clínica Cirúrgica.
- Oitavo Andar: Clínica de Ortopedia e Traumatologia e Buco-maxilo-facial.
- Nono Andar: Centro de Tratamento de Queimados: inaugurado após o incêndio do Edifício Joelma em 1972, é referência em tratamento de queimados na América Latina. Tem pronto atendimento, ambulatório e centro cirúrgico próprios. O Hospital destaca-se ainda por ser o único hospital municipal com centro de tratamento de queimados, os outros quatro especializados nesse tipo de tratamento, Hospital São Matheus, Hospital das

Clínicas, Hospital Geral de Vila Penteado e Hospital do Servidor Público Estadual são vinculados à Secretaria Estadual de Saúde.

- Décimo Andar: Comitê de Ética em Pesquisa, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Hospital Sentinela (ANVISA), Engenharia Hospitalar, Capela Ecumênica e dormitórios para os residentes.
- Anexo: caldeiras, manutenção predial, serviço de verificação de óbitos, necropsia, necrotério, almoxarifado, laboratório central, autoclaves.
- Anexo frontal: Agência bancária e arquivo médico jurídico (SAME Jurídico) e Biblioteca.
- O prédio ainda possui estacionamento destinado apenas aos médicos, residentes e funcionários da alta administração.

Cada andar possui posto de enfermagem e enfermeiras chefe cujas equipes trabalham em turnos de 12 em 12 horas; salvo casos excepcionais, a troca de turno ocorre às 07:00h e 19:00h. O horário dos médicos é diferenciado, com turnos 06, 08, 12 e 24 horas. Há também funcionários administrativos que trabalham em jornada comercial de 40 horas semanais ou em regime de plantão com escala de trabalho 12 horas de trabalho x 36 horas de folga para que o atendimento à população não sofra quebra de continuidade.

O ingresso de funcionários é feito por concurso público, e os cargos de confiança são atribuídos por nomeação publicada no Diário Oficial do Município. Há funcionários sob o regime estatutário da Prefeitura (funcionários efetivos) e funcionários concursados contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (celetistas²²). A Prefeitura tem adotado Contratos Temporários de

²² São chamados celetistas os que trabalham sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Possuem carteira profissional assinada pelo empregador, que entre outros benefícios recolhe verbas para o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS – em benefício do trabalhador.

Emergência (de 365 dias prorrogáveis por mais 365 dias, período máximo), cujos contratados são aprovados em Processo Seletivo Externo, seleção que não vincula como empregado regular o funcionário contratado de emergência.

Número de funcionários: aproximadamente 1900, entre efetivos, celetistas, contratados temporários em regime de emergência contratados por processo seletivo externo (o que não é concurso público) e cargos em comissão. Há funcionários terceirizados no setor de limpeza, lavanderia e segurança.

1.4.1 - CARACTERIZAÇÃO DO PRONTO-SOCORRO

O Pronto-Socorro, localizado no primeiro andar do prédio, conta com acesso externo via rampa para ambulância²³, viaturas policiais e veículos particulares que tragam pessoas necessitadas de atendimento médico, porta de entrada para transeuntes e duas portas amplas para desembarque e transporte de macas.

²³ Cf. figura 8.



Figura 8 – Vista da Avenida Celso Garcia a partir da rampa de acesso ao Pronto-Socorro

É equipado com guichês/mesas de atendimento para identificação do paciente e confecção da ficha de atendimento, sala de triagem e pré-atendimento, três salas de atendimento médico, três setores de enfermaria para pacientes (Observação) que necessitem de internação (local a ser observado), sala de trauma-choque, salas administrativas da chefia médica, chefia da enfermagem, serviço social e corpo de voluntárias.

Os auxiliares de enfermagem trabalham em turnos de 12 horas diárias, com escala de revezamento. Para os fins de semana e feriados prolongados a convocação é feita Diário Oficial do Município (um dos níveis da prescrição), o que ocorre também com os médicos, para que não haja ausência em massa e, com isso, quebra no atendimento.

1.4.2. A SALA DE MEDICAÇÃO DO PRONTO-SOCORRO: CAMPO DA PESQUISA

A Sala de Medicação é componente do Pronto-Socorro e é separada da sala de espera por porta emborrachada. Situada ao lado direito da sala de coleta de material para exames de laboratório e ao lado esquerdo da recepção pela face interna e com janelas para a rampa de acesso pela externa, tem aproximadamente 12m x 9m. Por dentro, é dividida em três salas menores.

No espaço central da Sala, o primeiro aposento acessível ao se dar entrada, é visto do lado esquerdo o conjunto de pia e balcão chamado de “postinho”, fazendo parede com a pia do postinho está o banheiro para funcionários, cuja porta de acesso localiza-se na sala menor do lado esquerdo. À direita é visto um lavatório e na frente dele a mesa de punção, com uma cadeira de cada lado, na qual os pacientes tem a pressão arterial medida, amostra de sangue colhida para realização da medição dos níveis de glicemia no sangue (aparato designado pelos protagonistas como “o destro”) e ainda para aplicação de medicação endovenosa e colocação de catéteres e acessos para aplicação de soro e demais medicamentos sem que o paciente seja perfurado repetidamente.

Do lado direito da sala há uma sub-sala na qual são aplicadas as medicações intramusculares no glúteo, separada da sala maior por biombo para preservação dos pacientes que recebem esse tipo de medicação; há seis cadeiras fixas e acima delas os bicos de oxigênio para aplicação de inalação mas que também são destinadas a pacientes que recebem soro.

Durante o tempo de observação da pesquisa, a Sala serviu para alocação de pacientes internos, devido à reforma estrutural do primeiro andar e do setor de Observação. O cenário é de um lugar com grande movimentação de

peessoas, com o pico de fluxo compreendido entre às 15:00h e 19:00h, período em que os médicos avaliam os pacientes com o auxílio dos exames de laboratório e dessa avaliação decidem sobre internações, medicações e demais procedimentos pertinentes à Sala de Medicação²⁴.

1.4.2.a - OS PACIENTES ATENDIDOS NA SALA DE MEDICAÇÃO

O público desse hospital é formado em sua maioria por pessoas desprovidas de convênio médico particular ou empresarial, vítimas de atropelamento e colisões de trânsito, *motoboys*, vítimas recolhidas pelos sistemas Resgate e SAMU, menores infratores e detentos não necessariamente em situação de rebelião, moradores de rua, entre outros.

Há os que são socorridos por populares e familiares, por vizinhos que utilizam veículo próprio, os que chegam em viatura comum de polícia etc. Durante a observação foi presenciada a ocorrência de um Delegado de Polícia levar um detento em seu próprio carro e pedir ajuda na Sala de Medicação para que alguém fosse até o veículo com ele para retirar o detento, alegando não suportar sozinho o peso corporal daquele, que chegou desacordado ao Hospital.

1.4.2.b - EQUIPES DA SALA DE MEDICAÇÃO E PROTAGONISTAS DA PESQUISA

O quadro de funcionários da Sala de Medicação é composto por equipes formadas por um ou dois enfermeiros e em média seis auxiliares por turno. Os turnos, por sua vez, são divididos em dia par-dia e dia par-noite; dia ímpar-dia e

²⁴ Os procedimentos como curativos (colocação e troca), suturas entre outros são feitos da sala de sutura, também localizada no primeiro andar do Hospital.

dia ímpar-noite. Do contingente apresentado, cerca de quarenta e oito funcionários têm seu posto de trabalho na Sala de Medicação.

As escalas são feitas com antecedência de cerca de um mês e de acordo com a jornada, semanal e plantão, são divididas em quarenta e trinta horas horas semanais, respectivamente, o equivalente a um número de onze a quatorze plantões mensais. Os plantões, com raras excessões, têm duração de doze horas e se estendem pelo período de 07:00h às 19:00h (turno dia) ou das 19:00 às 07:00h (turno noite).

Das quatro enfermeiras, três possuem pós-graduação. Dos quatorze auxiliares, uma possui graduação em Enfermagem e relatou que se prepara para iniciar pós-graduação; três cursam a graduação, e estão além do terceiro ano, enquanto os outros possuem ensino médio completo e curso de formação de auxiliar de enfermagem.,

Ensino médio completo, formação específica e registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) são pré-requisitos para inscrição nos concursos públicos para acesso aos quadros da Unidade, bem como para as contratações temporárias em caráter de emergência.

Os participantes desta pesquisa são os protagonistas a seguir elencados, com nomes fictícios, a fim de preservar suas verdadeiras identidades, com exceção de Santiago, que solicitou na Declaração de Concordância do Participante que fosse citado com seu verdadeiro nome.

Todos os protagonistas trabalham em dois empregos, exceção feita a Letícia e Sofia, que aguardam nomeação para mais um cargo.

- Teodora, auxiliar de enfermagem admitida por contrato de emergência, possui Ensino Médio completo, tem 10 anos na profissão e 13 meses na enfermagem do Pronto-Socorro.
- Paulo Ricardo, auxiliar de enfermagem admitido por contrato de emergência, está cursando faculdade de Enfermagem, tem 4 anos na profissão e 13 meses na enfermagem do Pronto-Socorro.
- Letícia, auxiliar de enfermagem concursada celetista, está cursando o último ano da faculdade de Enfermagem, tem 6 anos e meio de profissão no Pronto-Socorro do hospital. Não trabalha em dois empregos mas estagia em hospitais e clínicas como exigência para a graduação.
- Helena, auxiliar de enfermagem, concursada estatutária (não CLT), é graduada em Enfermagem e tem 20 anos de profissão no Pronto-Socorro do hospital.
- Mara, auxiliar de enfermagem, concursada celetista, está cursando o quarto ano da faculdade de Enfermagem, possui 4 anos de profissão e apenas dois no no Pronto-Socorro do hospital. .
- Zuzu, auxiliar de enfermagem, concursada celetista, possui Ensino Médio completo, 15 anos de profissão e oito anos como funcionária do Pronto-Socorro do hospital.
- Luiz Henrique, auxiliar de enfermagem, admitido por contrato de emergência (não prorrogado a pedido dele), possui Ensino Médio completo, 15 anos de profissão e trabalhou um ano no Pronto-Socorro. Durante o período de observação, trabalhava em outro emprego ao qual teve acesso por meio de concurso, com vínculo celetista.

- Graça, auxiliar de enfermagem, admitida por contrato de emergência, possui ensino médio completo, 4 anos de profissão e está há 13 meses no Pronto-Socorro.
- Milena, auxiliar de enfermagem, concursada estatutária, possui Ensino Médio completo, 25 anos de profissão, dos quais mais de oito no Pronto-Socorro.
- Laurinha, auxiliar de enfermagem, admitida por contrato de emergência, possui ensino médio completo, 8 anos na profissão e um ano e meio no Pronto-Socorro.
- Sergio, auxiliar de enfermagem, concursado celetista, possui nível superior incompleto nos cursos de Pedagogia e Matemática, conta com 21 anos na profissão e 8 anos no Pronto-Socorro.
- Fernanda, auxiliar de enfermagem, concursada estatutária, possui Ensino Médio completo, conta com 24 anos na profissão, 18 anos no Hospital e cinco anos no Pronto-Socorro.
- Maximina, auxiliar de enfermagem, admitida por contrato de emergência, possui Ensino Médio completo, conta com 8 anos de profissão e está há 13 meses no Pronto-Socorro.
- Santiago, auxiliar de enfermagem, concursado celetista, possui Ensino Médio completo, conta com seis anos e meio de profissão e de trabalho no Pronto-Socorro.
- Angela, enfermeira, concursada celetista, possui pós-graduação em Enfermagem, conta com 27 anos de profissão e seis anos e meio no Pronto-Socorro.

- Regiane, enfermeira, concursada celetista, depende de conclusão de monografia para sua pós-graduação, conta com 8 anos de profissão e dois anos no Pronto-Socorro. Trabalha em dois empregos e sempre que lhe é possível faz plantão extra no Pronto-Socorro.
- Sofia, enfermeira, concursada celetista., conta com 6 anos na profissão, tempo em que está no Pronto-Socorro. Prestou concurso público e aguarda nomeação em mais um emprego.
- Isadora, enfermeira, concursada celetista. Conta com 16 anos de profissão e está há dois anos no Pronto-Socorro. Possui pós-graduação e licenciatura em Enfermagem.

1.4.2.c – A INTEGRAÇÃO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM E A ALOCAÇÃO NA SALA DE MEDICAÇÃO.

Descreveremos nesta seção a maneira como a Instituição Hospitalar torna conhecida de seus funcionários toda prescrição para o trabalho, o que envolve, além das normas externas, as internas. Dizem respeito também à ética e às boas práticas, à comunicação pelo empregador dos direitos e deveres do funcionário, detalhes como escala de revezamento, horários de entrada, refeição e saída, entre outros.

Quanto aos prescritos vindos da hierarquia, não há no Hospital um manual de integração para os funcionários de enfermagem recém-admitidos. Segundo informações coletadas com as líderes do Serviço de Educação Continuada, o processo de integração é feito nas quatro fases abaixo descritas:

- Primeira fase - Após recepção dos funcionários contratados pela Autarquia, estes devem preencher um questionário do qual constam informações pessoais como nome completo, endereço, telefones, tipo e tempo de formação e número de registro no COREN ²⁵ e as seguintes questões:

(i) Descreva seu conhecimento profissional, (ii) Local atual de trabalho
(iii) Desde quando (iv) Setor Desejado (v) Setor não desejado (vi)
outras informações, (vii) Assinatura (viii) Data.

As respostas desse questionário ajudam na decisão sobre em qual setor lotar cada um dos funcionários, conforme a descrição do Hospital já feita. Por exemplo: uma pessoa com experiência em tratamento de queimados será encaminhada ao Centro de Tratamento de Queimados e assim por diante, conforme planilha de vagas existentes.

Os funcionários são levados ao auditório do Hospital, no qual recebem informação sobre as Normas da Instituição, Direitos e Deveres do Funcionário, Estrutura Organizacional e Organograma do Serviço de Enfermagem e sobre a “Acreditação Hospitalar,” sistema ao qual o hospital está se adaptando para receber a Certificação de Acreditação Hospitalar.²⁶

- Segunda fase: O Serviço de Educação Continuada, juntamente com o Serviço de Psicologia, desenvolve dinâmicas de grupo com fins motivacionais e após a dinâmica são passados filmes com temas como: motivação, trabalho em equipe e humanização. Após a exposição, os funcionários recém chegados

²⁵ Conselho Regional de Enfermagem.

²⁶ A Acreditação Hospitalar é uma certificação na qual são avaliadas todas as etapas da atenção ao cliente, desde a sua entrada ao resultado esperado. Além da avaliação dentro dos padrões da ISO, acrescenta-se na Acreditação, uma avaliação global dos recursos institucionais. É um processo voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência, através de padrões previamente aceitos, conforme a OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde, OMS – Organização Mundial de Saúde e ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, além da legislação vigente no país. Na ISO, a avaliação do processo é feita por técnicos especializados na área administrativa. Na Acreditação, a comissão avaliadora é composta por médicos, enfermeiros e administradores hospitalares, entre outros, numa equipe multidisciplinar que permite a avaliação global. Todos os setores são avaliados, inclusive os terceirizados, e a avaliação verifica os investimentos em treinamento e educação continuada.

Fonte: <http://www.joinville.unimedsc.com.br/acreditacao/acreditacao.htm> - Acesso em 22/05/2008 às 14:40 hs.

são convidados a encenar peças teatrais com os temas citados mas desta vez o roteiro é feito por eles mesmos e deve conter cenas de atendimento adequado e inadequado.

- Terceira fase: o grupo de recém chegados é levado para uma sessão de “turismo hospitalar²⁷”, um percurso por todos os andares do Hospital, a fim de conhecerem a estrutura física e de atendimento. Durante a apresentação dos setores, caso seja presenciado atendimento inadequado, este é indicado a fim de que não seja repetido, e o atendimento adequado é sempre reforçado.

- Quarta fase: Treinamento de Brigada de Incêndio.

A instituição alega acreditar que, por meio de uma integração e acolhida dinâmica aos novos funcionários, as prescrições serão apreendidas, ao contrário da distribuição de um manual, que pode nem ser lido, segundo comentário das Enfermeiras responsáveis pelo serviço de educação continuada. Dessa forma, todos os ingressantes participam do processo de acolhida e tomam conhecimento de seus direitos e deveres e de todo o processo por meio do qual o Hospital tem buscado certificação: o atendimento com excelência.

Há também prescrição interna relativa à passagem de tarefas da Enfermeira líder para a equipe da Sala de Medicação. Segundo informações da Supervisão de Enfermagem, os auxiliares de enfermagem já têm conhecimento das tarefas que constituem sua atividade, isto é, já sabem o que deve ser feito. A enfermeira líder repassa as informações/instruções quando recebe instrução para tal vinda da hierarquia superior ou quando vê que determinado auxiliar precisa de um pouco mais de referências para a realização de seu trabalho.

²⁷ Designação dada ao passeio feito pelas dependências do hospital para apresentação dos setores aos novos funcionários.

A organização da hierarquia da enfermagem obedece à seguinte ordem descendente: Gerência de Enfermagem, Supervisão de Enfermagem, Liderança de Setor, Chefias Imediatas e Equipes de Auxiliares. As instruções, resoluções, novos procedimentos adotados e outras informações relevantes são transmitidos nessa ordem, e, assim, por exemplo, um auxiliar de enfermagem não tem contato direto com a gerente de enfermagem.

Outra forma de acesso a informações pertinentes ao trabalho e ao pessoal de enfermagem se dá pela inserção de cartazes e avisos no “mural da enfermagem”, instalado no corredor de acesso ao Departamento de Pessoal: são afixados avisos e comunicados de várias ordens, como por exemplo a abertura para atendimento odontológico e psicológico para os funcionários de enfermagem no ambulatório de especialidades do hospital, bem como os procedimentos para agendar esse atendimento.

1.5 - A CONSTRUÇÃO DOS ELEMENTOS DE ANÁLISE DA PESQUISA

1.5.1 - A ENTREVISTA INICIAL PARA AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO

Em 5 de dezembro de 2007, foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital o projeto de pesquisa, acompanhado da documentação solicitada, com ênfase na Folha de Rosto numerada, oriunda do cadastramento de pesquisadores cujo foco da pesquisa seja “seres humanos” no *site* www.saude.gov.br/sisnep, o Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

A proposta encaminhada foi modificada para atender às solicitações do Comitê de Ética do Hospital, tendo o projeto sido aprovado em março de 2008. Este documento foi revalidado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP.

1.5.2 – ENCONTRO INICIAL COM OS PROTAGONISTAS DA PESQUISA

O primeiro encontro, em 17 de março de 2008, se deu com a enfermeira-líder, para que a forma e os objetivos da pesquisa lhe fossem apresentados e explanados. Durante essa entrevista inicial, foi pedido que ela comentasse um quadro formado por sinais de segurança do trabalho em ambiente hospitalar, e respondesse à pergunta desencadeadora: “o que você tem para fazer hoje?”.

Antes de atender ao pedido inicial, a própria enfermeira-líder se encarregou de apresentar a pesquisadora à equipe, justificando a presença de uma pessoa não pertencente ao quadro de funcionários do hospital no local de trabalho Sala de Medicação.

Durante esse encontro inicial e por um período de aproximadamente três horas, a equipe selecionada como protagonista da pesquisa respondeu aos primeiros questionamentos sobre: i) a ocorrência de acidentes de trabalho; ii) o desenvolvimento das atividades durante o turno de trabalho na Sala de Medicação, iii) sinais de segurança cujo significado os protagonistas deveriam indicar e iv) a pergunta desencadeadora “O que você tem para fazer hoje?”. Esses comentários foram anotados no diário de campo.

1.5.3. O DIÁRIO DE CAMPO

A espontaneidade das declarações, ou do desenvolvimento de uma atividade, é sempre comprometida pela presença de um observador-pesquisador. Entretanto, os depoimentos passam a ser mais espontâneos com o passar do tempo e os profissionais sentem-se um pouco mais à vontade para a realização de suas tarefas se a forma de captação utilizada for bloco de papel em vez de gravador de voz ou vídeo, que poderia submeter os protagonistas a uma situação mais constrangedora.

Exceção feita ao questionário entregue (composto de doze sinais de segurança para indicação dos significados deles e a pergunta “o que você tem para fazer hoje”), não foram preparadas entrevistas estruturadas. Selecionou-se o material de análise dentre os discursos dos protagonistas “em”, e “sobre”, sua própria situação de trabalho. Além disso, foram considerados relevantes para a pesquisa alguns comentários que dirigiram à pesquisadora sobre os imprevistos ocorridos durante os turnos de trabalho ou assuntos externos à atividade.

1.5.4 - AS CENAS DO ENCONTRO ENFERMAGEM-PACIENTE

Na descrição completa do hospital, como vimos, a Sala de Medicação está no Pronto-Socorro, que por sua vez está instalado no primeiro andar do prédio, no qual também se encontram centro-cirúrgico, ambulatório de especialidades, AMA (Atendimento Médico Ambulatorial), radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e guichês para atendimento de pacientes que chegam ao Pronto-Socorro.

Devido à condição de hospital público e com grande capacidade de atendimento de acidentes de grandes proporções como colisões entre ônibus, trens,

acidentados no sistema Metrô, rebeliões da antiga FEBEM (hoje Fundação CASA) e de Centros de Detenção Provisória (CDPs), incêndios e desmoronamento de construções, entre outros, há grande variedade no perfil social dos pacientes ali atendidos, que vai de moradores de rua a pessoas com empregos formais..

Os profissionais que tem na Sala de Medicação seu posto de trabalho veem-se então às voltas com sua rotina normal de trabalho somada ao cuidado a pacientes internos e ainda a familiares desses pacientes solicitando informações ou atendimento e/ou acompanhando idosos em período integral.

Esse é o contexto em que a pesquisa de campo se desenvolveu, cenário em que foram feitas observações do que as atividades languageiras tem a revelar na e sobre a vida de profissionais de enfermagem em situação de trabalho.

1.5.5 - AS CENAS DO ENCONTRO ENFERMAGEM-MÉDICO

A maior parte das interações entre o setor de enfermagem e os médicos se dá de três formas: a primeira delas é a “ficha de atendimento”, doravante FAA²⁸ do paciente, na qual o médico prescreve a medicação e outros procedimentos a serem aplicados ao paciente, como por exemplo, dar medicação para hipertensão, observar o paciente durante uma hora, tornar a medir a pressão arterial após transcorrida essa hora, anotar o resultado da medição na ficha do paciente e encaminhá-lo de volta ao médico para reavaliação.

Outra forma se constitui na presença do médico para visita aos pacientes internos; nela, o médico geralmente interpela a enfermeira líder para obter informações sobre o estado e a evolução do paciente.

²⁸ Antiga sigla que designava a “Ficha de Atendimento Ambulatorial”, agora é chamada simplesmente de ‘ficha de atendimento’ sem que a sigla tenha sido modificada para FA.

Finalmente, outra forma observada foi a ida de um familiar de interno à sala do médico buscando informações sobre o estado do paciente e o médico retornar à Sala de Medicação junto com esse familiar para dar esclarecimentos. Essa situação foi observada poucas vezes; o mais comum é os auxiliares de enfermagem e enfermeiros cumprirem esse papel de dar informações aos familiares.

Várias ocorrências de pedidos de informações sobre o estado do paciente aos funcionários da Sala de Medicação a auxiliares e enfermeiros foram observadas, assim como alguns esclarecimentos em virtude da ausência do médico na Sala de Medicação/internação.

1.5.6 - A CAPTAÇÃO DE IMAGENS DIGITAIS

A finalidade da captação de imagens do campo da pesquisa é ilustrar os componentes materiais da situação de trabalho referidos verbalmente, proporcionando melhor entendimento desses componentes ao leitor.

As imagens captadas dos protagonistas da pesquisa foram feitas com a concordância verbal no momento da captação de cada imagem e foi objeto de prévia concordância registrada no termo de “Consentimento Livre e Autorizado” e na “Declaração de Concordância do Participante”, e o foram feitas de forma que os rostos não fossem exibidos frontalmente.

1.5.7 – DELIMITAÇÃO DO MATERIAL DE ANÁLISE

Para delimitação do material de análise, foram escolhidos depoimentos e situações ocorridos no período compreendido entre 15:00h e 19:00h por ser horário em que o movimento na Sala de Medicação tem aumento significativo devido ao retorno de exames laboratoriais, de posse dos quais os pacientes retornam para avaliação médica que resulta em prescrição para medicação em casa (situação na qual o paciente não se dirige à Sala de Medicação), medicação na sala e procedimentos hospitalares ou baixa hospitalar para observação e tratamento.

Do total das 43 páginas²⁹ que compõem o "diário de observação", os depoimentos trazidos para a análise perfazem aproximadamente 8 a 10 páginas de texto. Do material de análise selecionado, houve separação dos enunciados em dois grupos: discursos "no" trabalho e discursos "sobre" o trabalho, a fim de aceder a revelações importantes das situações de trabalho que os profissionais de enfermagem enfrentam em seus turnos.

²⁹ Nomeou-se de página o conjunto de elementos coletados em situação de trabalho digitalizado no formato documento de texto do Microsoft Office (com extensão ".doc") digitado com fonte Times New Roman tamanho 12, com espaçamento entre linhas de 1,5. Há inserção de fotos no texto.

CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O pior é que a gente explica, mas ninguém quer entender

(ZUZU, 2008)

Discursos produzidos por enfermeiros e auxiliares de enfermagem “sobre” e “no” trabalho constituem, como foi dito, os elementos de análise desta pesquisa.

Recorreu-se a dois eixos teóricos para a análise: linguagem e trabalho. Para os estudos de linguagem, a análise do discurso de linha francesa proposta por Maingueneau (1987, 2002, 2204, 2006 e 2008), por oferecer as bases para a análise dos enunciados. E, para os estudos do trabalho e sua relação com a linguagem, recorreu-se à Ergologia de Yves Schwartz, a fim de entender o homem que realiza o trabalho; à Ergonomia, para entender a distância existente entre o trabalho prescrito e a tarefa realizada; e aos estudos dos discursos “sobre” e “no” trabalho, tomando-se como base para o entendimento do que vêm a ser esses discursos a pesquisa de Lacoste (1998).

Para a análise dos elementos, recorreu-se às noções de:

- Interdiscurso, que numa acepção mais ampla é o conjunto de relações que um discurso mantém com outro(s) discurso(s),
- Cenografia, que é o quadro no qual a enunciação se desenvolve e se legitima e
- *Ethos*, que é a imagem que o enunciador dá de si ao enunciar.

Recorreu-se ainda às seguintes categorias de análise:

- Modalidades/modalizações, que tratam do ponto de vista que o enunciador assume sobre seu enunciado e contribuem para a construção do *ethos* discursivo.

Empregou-se a proposta de estudo do *ethos* apresentada por Dominique Maingueneau (Op. cit.) e por Amossy (2005a e 2005b), bem como de estudos de Possenti (2003) sobre interdiscurso. Para os estudos sobre as modalizações, recorreu-se a Maingueneau, Koch (1992 e 2004), Cervoni (1987 e 1989) e Moura Neves (2006).

O falar sobre o trabalho muitas vezes se limita a uma descrição das tarefas a cumprir durante um turno (SCHWARTZ, 2007), mas o falar em situação de trabalho revela detalhes de importância maior sobre o ser que realiza o trabalho e o fato de que, para essa realização, há muito mais que uma lista de tarefas, há constituintes sociais e históricos inseridos em cada situação de trabalho.

A busca dos efeitos de sentido³⁰ dos enunciados analisados nesta pesquisa ajudará a mostrar mais claramente o que os discursos “no e “sobre” o trabalho de profissionais de enfermagem revelam, mostrando principalmente que o trabalho não é feito apenas de prescrições que ora interagem e ora deixam de interagir com o trabalhador, mas que o fator humano presente nesse tipo de trabalho é marcante, importante e merece ser trazido à luz por estudos de linguagem.

³⁰ O efeito de sentido diz respeito não à significação de cada palavra conforme consta dos dicionários, mas sim ao que enunciado de um sujeito inserido num contexto histórico e social revela. Possenti, S. (2004) Teoria do Discurso: Um caso de múltiplas rupturas. In: *Introdução à lingüística – fundamentos epistemológicos*, vol. 3. São Paulo, Cortez, pp. 353-362

2.1 – ESTUDOS DA LINGUAGEM

2.1.1 - O INTERDISCURSO

Não há, por um lado, a categoria dos discursos fundamentais ou criadores, dada de uma vez para sempre; e não há, por outro lado, a massa dos outros que repetem, glosam e comentam. Há muitos textos maiores que se dispersam e desaparecem, e há comentários que por vezes vêm ocupar o lugar primordial

FOUCAULT, *A Ordem do Discurso*

Maingueneau e Charaudeau (2002), em seu Dicionário, apresentam o verbete “interdiscurso” em dois planos:

- a) Um sentido RESTRITIVO, que seriam os discursos de um mesmo campo discursivo e cuja relação recíproca é limitada, um *“conjunto de discursos de um mesmo campo discursivo ou de campos distintos que mantêm relações de delimitações recíprocas com outros”*, como exemplo, nos cultos de candomblé que tem sua raiz na nação de Angola, há cantigas que se relacionam com entidades pertencentes ao catolicismo: *“se ele é caboclo ele é o rei na selva, é Pai, é Filho, é Espírito Santo, na hora de Jesus é amém, é filho do meu pai eterno”*. É uma relação entre dois campos religiosos distintos que se valem de entidades semelhantes.
- b) Um sentido AMPLO, no qual os discursos entram em relação explícita ou implícita com outros discursos de outros campos e formações discursivas: *“o conjunto de unidades discursivas (...) com os quais um discurso particular entra em relação explícita ou implícita”*, por exemplo, as normas que regem o trabalho de enfermagem dialogam externamente com as Leis do Ministério do Trabalho, da ABNT e da ANVISA e internamente com a descrição de boas

práticas em cuidados de enfermagem concebida pelas comissões de educação continuada e as hierarquias.

É neste sentido amplo que a noção de interdiscurso será aplicada nesta pesquisa. Sobre o Interdiscurso, Maingueneau (2006:80) afirma que “*a definição da rede semântica que circunscreve a especificidade de um discurso coincide com a definição das relações desse discurso a seu Outro*”.

Maingueneau (2005) faz relação entre língua e história e nessa relação não relega aspecto algum a segundo plano. A interdiscursividade encontra-se na memória de uma formação discursiva e na memória discursiva de cada sujeito, não se tratando pois de exterioridade discursiva, mas de local da “gênese dos discursos” (o que não implica uma só gênese).

Toma-se ainda como interdiscurso as relações entre textos que recorrem a outros textos antigos ou contemporâneos e os transformam, mas dentro do sistema de coerções existentes. Nesse sentido, o interdiscurso

Consiste em um processo de reconfiguração incessante no qual uma formação discursiva é levada (...) a incorporar elementos pré-construídos, produzidos fora dela, com elas provocando sua redefinição e direcionamento, sustentando igualmente, o chamamento de seus próprios elementos para organizar sua repetição, mas também provocando, eventualmente, o apagamento, o esquecimento ou mesmo a debegação de novos elementos (MAINGUENEAU, 1989:113).

Um discurso é atravessado por outros discursos, processo no qual há o encontro com o sócio-histórico. Em cada sociedade haverá a hegemonia de uma determinada ideologia, que incidirá no interdiscurso, do qual a formação discursiva depende³¹. O interdiscurso se mostra então como uma memória social na qual encontra-se a resposta do porquê do surgimento e uso de determinado discurso e não de de outros.

Em sua proposta do “primado do interdiscurso”, Maingueneau (2005) defende a precedência do interdiscurso sobre o discurso; dessa forma, os discursos não se constituem de forma independente uns dos outros mas como resultado da relação que um discurso mantém com a rede de outros discursos que pertencem a um mesmo campo discursivo³².

Nos discursos que constituem os elementos de análise desta pesquisa, é notável a presença de vários outros discursos que os permeiam: os da Instituição hospitalar, os da formação profissional de Enfermagem, os que antecedem ou são concomitantes com a formação profissional e são oriundos da formação histórica e social de cada um dos protagonistas observados.

Os discursos presentes ao interdiscurso por vezes convergem para um mesma cena de enunciação, cuja dinâmica e funcionamento veremos a seguir.

³¹ Em SILVA, E.G. vemos o funcionamento da interdiscursividade no movimento católico conhecido por Teologia da Libertação. A interdiscursividade interna recorre ao livro do Êxodo da Bíblia, cujo tema é a libertação dos hebreus e a externa recorre a Tche Guevara e a outros textos de movimentos sociais históricos cujo tema também seja a libertação.

³² Uma das aplicações da tríade proposta por Maingueneau para melhor entendimento do interdiscurso é vista no primado do interdiscurso.

2.1.2 - A CENA DE ENUNCIAÇÃO

*Um texto não é um conjunto de signos inertes, mas o rastro deixado por um discurso em que cada fala é **encenada***³³

MAINGUENEAU (2002)

Ao falar de cena da enunciação, ratificamos que a enunciação ocorre num espaço instituído, definido por um gênero do discurso: é o discurso que se coloca em cena e constrói seu próprio espaço de enunciação. O processo é considerado “do interior”³⁴ da situação de comunicação frente àquilo que a fala pretende definir como quadro que se mostra no próprio desenrolar da enunciação.

Metáfora tomada de empréstimo ao teatro pela Análise do Discurso, a cena da enunciação descreve o discurso que por si mostra a que veio, o tipo do discurso e o gênero do discurso. O termo ‘cenografia’ não se restringe ao uso teatral mas remete à idéia de enunciação: “*uma enunciação se caracteriza, de fato, por sua maneira específica de inscrever-se, de legitimar-se*” (MAINGUENEAU, 1999:77).

A cena da enunciação é, ao mesmo tempo, o “dito e a sua legitimação”, o dito e o dizer sustentando-se um ao outro no próprio vir-a-ser do discurso. Constitui representação da situação de enunciação construída pelo discurso que a valida por meio da enunciação, e, assim, o discurso, ao se desdobrar, se mostra pertinente àquela situação de enunciação³⁵. É um processo dinâmico. A cena de enunciação é formada pela cenografia e pelas cenas englobante e genérica:

³³ Grifo do autor.

³⁴ Idem

³⁵ Situação de enunciação para Maingueneau (2006) é a soma de enunciador, co-enunciador, local e momento, conjunto no qual a enunciação ocorre. Refere-se “ao conjunto de condições que organizam a emissão de um ato de linguagem” (MAINGUENEAU & CHARAUDEAU, 2004, p.450)

2.1.2.a A cena englobante corresponde ao *tipo* de discurso: político, religioso, publicitário, filosófico, hospitalar, etc.; e daí advém o estatuto pragmático do texto, que, para Maingueneau, é a finalidade para qual o discurso foi elaborado (1998:86). É aquilo em nome de que o co-enunciador é interpelado e ao mesmo tempo deve dar condições para que este identifique o “tipo de discurso”³⁶. Nesses termos, o discurso político se vincula à cena englobante política; o discurso hospitalar se vincula à cena englobante hospitalar e assim por diante.

Em resumo, associa-se a noção de “cena englobante” ao “tipo de discurso”, ao estatuto pragmático da enunciação ao qual a apreensão do enunciado ocorre. Por si só, a cena englobante não é suficiente para especificar as atividades verbais uma vez que toda obra é enunciada, em verdade, pelo gênero do discurso.

2.1.2.b. a cena genérica diz respeito aos *gêneros* do discurso: carta, poema, palestra, aula, reportagem, depoimentos em situação de trabalho, etc., cujo surgimento depende de fatores histórico-discursivos e são produzidos por determinados posicionamentos e imagens no interior dos campos (político, religioso, editorial, sermão, etc.).

No plano complementar à cena englobante, a cena genérica está ligada às condições de enunciação e nesses termos é formulada levando-se em conta os participantes, o lugar e o momento de realização do gênero. Por exemplo: numa reunião de cunho religioso o gênero do discurso não permite que sejam usadas palavras de ordem típicas de uma manifestação sindical³⁷.

Assim, os tipos de discurso necessitam de um gênero de discurso para se tornarem específicos. Entretanto, com isso a cena de enunciação ainda não se

³⁶ Idem.

³⁷ Ao gênero também se aplicam os filtros do que pode ou não ser dito.

encontra completa. O discurso, num processo que é dinâmico, ao mesmo tempo que se mostra, se justifica; é o “centro em torno do qual gira a enunciação”. No plano complementar temos:

2.1.2.c a cenografia: Quadro e processo da enunciação, é por meio dela que o texto se mostra e se dá a conhecer, se materializa; é o quadro (*ceno*) e o processo (*grafia*) de enunciação. A cenografia não é apenas o pano de fundo ou arranjo para que a enunciação ocorra, não é um espaço onde a enunciação ocorre de maneira inesperada num cenário previamente montado que leva a interpretações também prévias; a cenografia é a própria enunciação que se desenvolve e se constitui por meio de si mesma; a cenografia é “*ao mesmo tempo a fonte do discurso e aquilo que ela engendra*” (MAINGUENEAU, 2002:87)³⁸, não é um quadro pré-estabelecido como a cenografia teatral, mas a legitimação do discurso pelo próprio discurso enquanto se desenvolve.

A cenografia constitui uma categoria tão importante e abrangente que implica a existência de um momento, a cronografia, e de um lugar, a topografia, que não remetem ao empírico, mas sim ao discursivo. A cenografia está num plano superior dentro da Análise do Discurso, e o lugar e o momento discursivos são indissociáveis da cenografia; tomando de empréstimo a linguagem cartográfica, a cenografia se “bifurca” em cronografia e topografia.

Há de se falar ainda em alguns gêneros de discurso que não admitem cenografias variadas, como as receitas médicas, as bulas de medicamentos, listas telefônicas e textos jurídicos como a Norma Regulamentadora nº. 32 do Decreto 6514/1978, um dos prescritos para o trabalho dos protagonistas participantes desta pesquisa.

³⁸ MAINGUENEAU, D. **Análise de textos de comunicação**. São Paulo: Cortez, 2002

2.1.3 – *ETHOS* DISCURSIVO

Mediante sua fala, se dá uma identidade compatível com o mundo que ele faz surgir em seu enunciado. MAINGUENEAU (2005:73)

Quem toma a palavra, ao falar, passa necessariamente ao outro uma imagem de si: seu estilo, vocabulário, postura e indumentária são elementos que levam o locutor que faz um discurso a ter construída pelo outro uma “representação de si”. Não se trata de uma técnica, mas de um processo que ocorre nas trocas verbais, principalmente quando a finalidade do discurso é persuadir e, para tanto, o discurso tem de ser eficaz (AMOSSY, 2005).

Se levarmos em conta que locutor e alocutário estão inseridos em um determinado contexto histórico e social, podemos dizer que a “imagem de si” é subordinada a papéis sociais e a regulamentações sócio-culturais e supera a intencionalidade do sujeito que age e fala; está subordinada às formações (religiosas, médicas, políticas, educacionais etc.) e aos sistemas de restrições globais. A imagem de si não está restrita aos discursos anunciados para platéias³⁹ tal qual os comícios eleitorais, por exemplo. Ocorre nas trocas languageiras mais simples e em situação de trabalho.

Causar uma boa imagem de si mesmo implica criar uma boa imagem daquilo a que nos referimos e a conseqüente adesão de quem nos ouve; é o exercício da “*fala como ação que visa a influenciar o parceiro*”.⁴⁰ A imagem de si é construída no e pelo discurso e participa da influência que enunciador exerce sobre co-enunciador nas trocas languageiras.

³⁹ Com a finalidade de “*garantir o sucesso do empreendimento oratório*” (AMOSSY, 2005:10).

⁴⁰ Amossy, 2005:15

O serviço de atendimento à saúde oferecido pela rede pública é alvo de críticas por parte de usuários e jornalistas, entre outros. Separar a imagem do serviço público de saúde da imagem de quem cuida diretamente do paciente, o profissional de enfermagem, é o resultado que se busca com esta pesquisa. Convém lembrar aqui que os estereótipos imprimem ao enunciador uma imagem prévia formada pelo co-enunciador, neste caso, o usuário do serviço de saúde pública, que, ao procurar um hospital público, já traz em seu imaginário a imagem de oferta de serviço de má qualidade e de atendimento ruim.

Para tanto, buscar por meio da noção de *ethos* a imagem do coletivo de trabalho da Sala de Medicação faz-se relevante porque não se busca aqui saber o que o usuário final do Pronto-Socorro tem a dizer sobre o trabalho de enfermagem, mas sim saber dos próprios profissionais como eles vêem seu trabalho e como se mostram em situação de trabalho. Uma vez que se entende a noção de *ethos* como a imagem de si no discurso, para buscar do enunciador a imagem de si no trabalho, por meio dos discursos *no* e *sobre* o trabalho, a noção de *ethos* constitui o aporte mais relevante para a presente pesquisa.

Ao associar o *ethos* a estereótipos, nós o associamos a representações sociais, o que lhe dá *ethos* um caráter sócio-histórico. Cada texto é singular, mas as maneiras pelas quais o enunciador busca a adesão do co-enunciador ao dito é matéria dos estudos de argumentação e obedece a funcionamentos discursivos, ponto interessante nos estudos sobre *ethos* discursivo para esta pesquisa, justamente dada a associação serviço ruim – funcionários despreparados ou incapazes.

Para tais estudos, de um lado temos as trocas discursivas e, de outro lado, os determinantes sócio-históricos que envolvem enunciador e co-enunciador. É

preciso conhecer não somente o enunciador e a situação de enunciação, mas também o público ao qual os enunciados estão endereçados.

Com a contribuição trazida por Dominique Maingueneau à noção de *ethos*, podemos entender como as diversas dimensões do discurso são integradas e, dentro delas, são reservados lugares para a enunciação que legitimam o que o enunciador tem a dizer e o insere numa situação institucional, determinando a relação do que ele sabe com o que ele diz. Para o autor, o *ethos* está vinculado à cena de enunciação, fator que facilita ao enunciador a escolha de um quadro no qual a enunciação se desenvolva.

Maingueneau (1984, 1981 e 1993) amplia a noção de *ethos* em sua proposta de Análise do Discurso, mostrando que todo discurso, oral ou escrito⁴¹, supõe a representação do corpo do responsável, o enunciador que se responsabiliza pelo discurso; a fala é formada por um comportamento global (como se move, se veste e estabelece a relação com o outro etc.).

Assim, esse responsável pelo discurso tem a ele atribuído um caráter (conjunto de traços psicológicos) e uma corporalidade (conjunto de características físicas, gestuais e indumentárias), que são indissociáveis. Maingueneau (1996:60) afirma ainda que “o *ethos* não deve, portanto, ser isolado por outros parâmetros do discurso, pois contribui de maneira decisiva para sua legitimação”⁴².

No tratamento dado por Maingueneau à noção de *ethos*, ela está relacionada, como foi dito, à cenografia, e nesse sentido ganha importância porque a

⁴¹ Maingueneau traz uma grande contribuição aplicando a noção de *ethos* ao enunciador do texto escrito.

⁴² Maingueneau, D. Termos Chave da Análise do Discurso, Belo Horizonte, Editora UFMG, 2006, 2ª. Reimpressão.

cenografia ajuda a legitimar o discurso. Maingueneau relaciona ao *ethos* o tom do enunciado⁴³, que remete tanto ao discurso escrito quanto ao falado. Temos então um enunciador a quem atribuímos características durante sua enunciação (seja ela escrita, oral, com espectadores ou apenas ouvintes etc.); ele tem um conjunto de atributos *físicos* e *psicológicos* e sua fala tem um tom; o discurso desse enunciador é legitimado por meio de uma cenografia, motivo pelo qual realizamos a análise dos *corpora* a partir da noção de *ethos*, presente à cenografia.

Temos para Maingueneau, como vimos, o enunciador inserido não apenas numa situação de enunciação, mas num contexto social e histórico, com filtros que regulam o que lhe é permitido ou não dizer⁴⁴ e cujo discurso tem de ter eficácia quando se trata de persuadir o outro. Como foi dito, Maingueneau ainda relaciona o *ethos* ao tom do discurso, tom este que por sua vez está ligado ao caráter e à corporalidade do enunciador, a qual é construída pelo co-enunciador (leitor, ouvinte). Lembro que o caráter é atribuído pelo modo de dizer do enunciado, e a corporalidade vem a ser o conjunto de representações subjetivas do corpo do enunciador (indumentária, gestos) etc..

Dessas representações surge a imagem do fiador, que é aquele que se revela no discurso sem que necessariamente seja o fiador efetivo. A representação subjetiva do enunciador construída pode ou não coincidir com os verdadeiros traços desse enunciador: o enunciador pode ser representado como alguém de temperamento agressivo sem sê-lo verdadeiramente; pois o tom está relacionado às escolhas lexicais feitas pelo enunciador. Palavras brandas demonstram tom tranqüilo, palavras de ordem em uma manifestação sindical demonstram tom inflamado de chamamento e de adesão a uma causa. O tom se revela então na escolha de determinadas palavras e expressões em vez de outras.

⁴³ Grifo da pesquisadora.

⁴⁴ Trata-se dos “sistemas de restrições” de cada comunidade discursiva, cuja função é regular o que pode e deve ser dito pelos enunciadores de determinada comunidade, como por exemplo, numa comunidade de vegetarianos radicais conhecidos como ‘veganos’ não circulam receitas em cujo elenco de ingredientes conste leite e seus derivados.

Maingueneau (2005) mostra a diferenciação entre *ethos* dito e *ethos* mostrado. No *ethos* dito, o enunciador mostra diretamente suas características dizendo ser essa ou aquela pessoa; o *ethos* mostrado não é dito pelo enunciador mas é depreendido pelo co-enunciador por meio das pistas fornecidas pelo enunciador em seu discurso; dizer “sou uma pessoa emotiva” é diferente de dizer “me emociono muito”. Não há necessidade que o enunciador diga “sou isso e não aquilo” porque “*seu estilo, suas competências lingüísticas e enciclopédicas, suas crenças implícitas são suficientes para construir uma representação de sua pessoa.*” (AMOSSY, 2005:9).

O *ethos* está ligado ao ato da enunciação, mas é inegável que o público constrói representações do *ethos* antes mesmo que o enunciador se manifeste discursivamente, distinguindo-se assim o *ethos* pré-discursivo do discursivo. O *ethos* pré-discursivo é a imagem que o co-enunciador faz do enunciador antes mesmo que este tome a palavra para si. O *ethos* discursivo pode confirmar o *ethos* pré-discursivo ou refutá-lo.

Retomando, o *ethos* discursivo é, por sua vez, formado pelo *ethos* dito e o *ethos* mostrado⁴⁵. Conforme mostrado no esquema abaixo, idealizado por Maingueneau, *ethos* dito e *ethos* mostrado relacionam-se mutuamente, uma vez que não há uma linha clara entre o explicitado e o não explicitado na enunciação.

⁴⁵ O *ethos* dito é criado por referências fornecidas diretamente pelo enunciador e o *ethos* mostrado é formado por pistas dadas pelo enunciador a que o co-enunciador segue.

2.1.3.a - O *ETHOS* DO COLETIVO DE TRABALHO

*Ó, são dezoito horas, as pernas doem, quando dá dezenove horas **a gente** não tem pernas nem pra ir pra casa.*

Luiz Henrique

“(...) o ethos está ligado a uma evolução das condições do exercício da palavra publicamente proferida, particularmente com a pressão das mídias audiovisuais e da publicidade (MAINGUENEAU, 2008).

Por investigarmos nesta pesquisa a noção de *ethos* relacionada a uma equipe de trabalho e não a um protagonista individual, faz-se importante discorrer sobre o caráter coletivo da noção de *ethos* considerada. Cabe lembrar que o *ethos* coletivo é ideologicamente naturalizado e culturalmente estabelecido.

A pressão das mídias (Maingueneau) sobre o atendimento no hospital Tatuapé nas reportagens citadas faz com que o pré-*ethos* construído pelo público em geral já comece negativo. Enunciado como o de um agente de escolta de detentos,⁴⁶ proferido dentro do hospital contra os profissionais de saúde também contribui para a formação de um pré-*ethos* negativo para aqueles que aguardavam atendimento.

A imagem do coletivo de trabalho mostrada em situação é oposta ao caráter negativo imposto pelos enunciados acima referidos. Quando se vai a um hospital, é certo que dentro deles há enfermeiras e que, dependendo da avaliação médica, a consulta resultará numa medicação. Dar medicação ao paciente é parte da tarefa de funcionários da enfermagem, seja esta medicação por via oral, endovenosa, intramuscular, inalação entre outras; quando há internação, a função

⁴⁶ O enunciado será citado na análise dos elementos sobre ‘*ethos* do coletivo de trabalho’

de preparar o paciente para recolher-se ao leito hospitalar também é dos funcionários da enfermagem⁴⁷. No tocante a essas situações, quem vai ao hospital já tem uma representação prévia das enfermeiras: pessoas de branco, que cuidam de quem vai ao médico; que alimentam aqueles que têm dificuldades para fazê-lo; que dão injeção e quando o paciente é criança geralmente dizem “não vai doer”, que fazem o que o médico “manda”; às vezes bondosas, outras vezes agressivas; com mão pesada, mão de anjo⁴⁸; que ajudam a melhorar etc.

Retomando a questão em termos de nosso objeto, ao associar o *ethos* a estereótipos, o associamos a representações sociais, o que dá ao *ethos* caráter sócio-histórico. Essa representação prévia, constitutiva do *ethos* pré-discursivo, já dá ao co-enunciador uma antecipação do que será a interação discursiva, do que as enfermeiras enunciarão em complemento ao trabalho do médico, mesmo que esse co-enunciador não tenha clara a noção do que é parte do trabalho do médico e dos enfermeiros.

A eficácia da palavra não é puramente languageira nem institucional, pois não se separa o *ethos* discursivo da posição institucional (de onde o enunciador fala) nem se separa a troca languageira da interação social. Os profissionais de enfermagem são seres empíricos que se tornam seres discursivos quando passam a enunciar a seus pacientes como e em nome da instituição hospitalar e é a partir e por meio da imagem de si que dão durante a enunciação que a imagem da enunciação será refletida, confirmada ou refutada. Trata-se do *ethos* pré-discursivo (ou imagem prévia), igualmente confirmado ou refutado por cada enunciado proferido por cada um dos protagonistas desta pesquisa em situação de trabalho.

⁴⁷ Não será feita distinção entre auxiliar de enfermagem e enfermeira(o) por ter visto durante as sessões de observação ocupantes de ambas funções realizarem procedimentos que seriam da outra, em nome do coleguismo e do coletivo de trabalho, ao que Schwartz chama de “entidades coletivas relativamente pertinentes”, as ECRPs.

⁴⁸ Foi escolhido o termo “mão de anjo” em oposição ao “mão pesada” porque o antônimo pesada/leve consta da memória coletiva com outra conotação: o termo “mão leve” designa pessoas com habilidade para furtos e não é a intenção aqui somar mais estereótipos depreciativos aos trabalhadores de Enfermagem.

Na cena genérica, constitutiva do *ethos*, o enunciador assume um papel pré-existente (o de trabalhador de um serviço público ruim) e seu enunciado é o que levará o co-enunciador a (re)compor o conjunto de elementos que, por sua vez, confirmarão ou negarão o esse *ethos* prévio. O modo de dizer, os conteúdos e os temas da enunciação constituem-se fundamentais para tal confirmação ou negação do *ethos* pré-discursivo. “... a construção discursiva, o imaginário social e a autoridade institucional contribuem, portanto, para estabelecer o *ethos* e a troca verbal da qual ele é parte integrante.” (AMOSSY, 2005:137).

Amossy (2006) ao tratar do *ethos* coletivo em um diário de Enfermeiras voluntárias que trabalharam em um hospital militar durante a Guerra em 1918 mostra que os discursos em primeira pessoa do plural produzem um efeito de polifonia, mas que, em verdade, quando elas falam de suas rotinas e dificuldades no trabalho, temos a voz da coletividade enunciando por meio de uma só.

O “nós” mais que mostrar a inscrição do co-enunciador no enunciado, constrói uma imagem de sujeito coletivo, um *ethos* que mostra uma situação de igualdade na qual se partilham opiniões e valores. Esse “nós” metaforiza um desejo coletivo em oposição ao individual. A alternância entre “eu” e “nós” dá uma impressão de aparente polifonia, mas este “eu” não se distancia verdadeiramente do “nós”, uma vez que o efeito de sentido é o da representação de um grupo maior, sendo o sujeito “porta-voz” de um grupo em nome do qual enuncia.

Cada ato de enunciação é singular e mobiliza recursos específicos na busca pela adesão do co-enunciador, o estudo de quais dispositivos são mobilizados e usados pelo enunciador é de suma importância para a Análise do Discurso. Além, da imagem de si, a enunciação também demonstra o conhecimento sócio-histórico que o enunciador tem. O *ethos* coletivo é sócio-discursivo e socialmente avaliado e

assim sendo vai para além da conversação pura; “o ‘nós’ se refere tanto ao autor do enunciado como a uma comunidade” (MAINGUENEAU, 2008:16)

Uma das finalidades do estudo da noção de *ethos* nesta pesquisa, especialmente o *ethos* coletivo, é entender os mecanismos por meio dos quais a palavra tem eficiência em situação, no nosso caso, de trabalho. As situações sócio-históricas são indissociáveis dos sujeitos enunciator e co-enunciator, e é quanto a esse ponto que a análise dos dados da pesquisa mostrará o *ethos* coletivo em situação de trabalho.

2.1.3.b - AS MODALIZAÇÕES⁴⁹.

Se todo dizer é um fazer”, é o modo desse fazer que é preciso levar em conta, inclusive a maneira como o seu agente se representa e representa o(s) outro(s) através desse fazer...

KOCH (1987:98)

O estudo das modalizações integra e complementa a noção de ethos porque o modo de dizer contribui e participa da construção que fazemos do modo de ser do enunciador;

Ponto de vista do locutor sobre sua fala, atitude do enunciador em relação ao que ele fala (enunciado) e para quem ele fala (co-enunciador), a modalização/modalidade é a distinção entre o dito e o modo como é dito (embora estes sejam indissociáveis) e são usadas para “*expressar o ponto de vista do enunciador*” (NEVES, 2006:154). A modalização torna-se importante na análise de enunciados, pois colabora para a construção do efeito de sentido.

Todo e qualquer enunciado possui marcas de modalidade que podem refletir duas instâncias: em uma delas, a marca que reflete a atividade do enunciador diante do que diz por meio do modo verbal que utiliza. Na outra instância, a marca revela a relação enunciador–co-enunciador por meio do ato de enunciação. É marcando a presença por meio daquilo que diz que o enunciador faz que a palavra represente o mundo (MAINGUENEAU, 2002:74)

⁴⁹ Não vamos entrar na discussão acerca da designação modalidade/modalização porque não há acordo entre os autores.

Para Koch, as modalizações

(...) caracterizam os tipos de atos de fala que deseja desempenhar, revelam o maior ou menor grau de engajamento do falante com relação ao conteúdo proposicional veiculado, apontam as conclusões para as quais os diversos enunciados podem servir de argumento, selecionam os encadeamentos capazes de continuá-los, dão vida, enfim, aos diversos personagens cujas vozes se fazem ouvir no interior de cada discurso (KOCH, 2002, p. 136).

Para Cervoni, modalização é o ponto de vista do sujeito falante sobre o conteúdo – o dito – e o modo de dizer, e é com esse ponto de vista que trataremos a modalização nesta pesquisa, uma vez que o modo de dizer ajuda na construção do efeito de sentido do enunciado.

O autor aponta ainda que o termo *modalidade* deve ser usado de maneira restritiva com pertinência à Linguística e para se chegar a esse resultado devem-se “*efetuar exclusões, isto é, delimitar, no vasto campo da expressividade, um campo mais restritivo, ao qual reservamos a denominação ‘modalidades’*” (1989:106).

Maingueneau (1993) indica as modalizações como uma maneira de evitar restringir a análise do discurso aos aspectos imanentes do texto. Define modalização como “*a relação que se estabelece entre o sujeito da enunciação e seu enunciado*” (MAINGUENEAU, 1990:180). Devemos levar em conta o quadro da instituição no qual o discurso é produzido: são as instituições que delimitam a enunciação, os fatores históricos e sociais se cristalizam no discurso e mostram o espaço criado pelo discurso no interior do interdiscurso.

Na modalização o enunciador assume ou não seu enunciado ou ainda expressa avaliação que faz das possibilidades da veracidade ou não do dito, dando

pistas sobre se o dito é seu ou retomado de outrem. Um exemplo: no enunciado “O teatro deve ser inaugurado hoje” o falante assume o dito, mas se dissesse “O teatro deveria ser inaugurado hoje” a assunção pelo dito seria apenas parcial.

Para Maingueneau (1997:108), “*dizer é também se situar em relação a seu próprio dizer*”, relação esta que mostra o enunciador frente a seu co-enunciador inseridos em um tempo e um espaço discursivos. Ainda segundo Maingueneau, as marcas de modalização (advérbios, desinências verbais de modo e tempo entre outras) ajudam na construção do sentido na interlocução com o co-enunciador.

Para o autor, a modalização mostra o posicionamento do sujeito em relação ao enunciado:

O discurso só é discurso enquanto remete a um sujeito, um EU, que se coloca como fonte de referências pessoais, temporais, espaciais e, ao mesmo tempo, indica que atitude está tomando em relação àquilo que diz em relação a seu co-enunciador (fenômeno de “modalização”). Ele indica, em particular, quem é responsável pelo que está dizendo: um enunciado simples como “Está chovendo” é colocado com verdadeiro pelo enunciador, que se apresenta como responsável pelo enunciado, como o fiador de sua veracidade. Mas esse enunciador poderia ter modalizado seu grau de adesão (“talvez esteja chovendo”), atribuindo à responsabilidade do enunciado a outra pessoa (“De acordo com Paulo, está chovendo”) ou comentado sua própria fala (“Falando francamente, está chovendo”) etc. Ele poderia até mostrar ao co-enunciador estar apenas fingindo assumi-lo (2001, p. 55).

A descrição acima remete ao discurso ancorado na situação de enunciação, com dêiticos de pessoa, espaciais e temporais. A atitude do enunciador pode demonstrar a verdade, a possibilidade, a surpresa, afirmação, etc. Mas também pode ser objetiva e neutra, aquilo que Maingueneau chama de *modalização zero*, que é a ausência de traços do enunciador no enunciado e apresenta o enunciador como um narrador de fatos.

Os enunciados trazem marcas de modalidade que podem refletir duas instâncias: uma delas é a marca que reflete a atividade do enunciador diante do que ele diz por meio do modo verbal que ele utiliza. Na outra instância, a marca revela a relação enunciador-co-enunciador por meio do ato de enunciação. Segundo o autor, é marcando a presença por meio daquilo que ele diz que o enunciador faz com que a palavra represente o mundo (MAINGUENEAU, 2001:107).

Há ainda outro aspecto da modalização explicitado por Maingueneau, a “modalização em discurso segundo”, na qual o enunciador se exime da responsabilidade sobre o dito (2004:139) indicando assim que uma enunciação está sobre outra.

As modalizações podem ser classificadas em quatro grandes grupos: assertivas, epistêmicas, deônticas e avaliativas. Os exemplos apresentados a seguir constituem fragmentos de relatos extraídos dos enunciados produzidos pelos protagonistas desta pesquisa.

Assertivas: apresentam um enunciado como verdadeiro ou falso, colocam um fato como certo sem deixar dúvida ou espaço para questionamentos. É a expressão de uma crença no caráter verdadeiro ou falso do enunciado, definindo-se como validação ou não validação do dito.

Paulo Ricardo havia dobrado plantão (um na escala e outro extra, perfazendo um total de 24 horas acordado) e ao retirar agulha de um paciente, em vez de jogá-la na caixa de descarte ficou segurando-a, se distraiu e acabou por se furar com ela. Indagado sobre ser o cansaço o motivo da distração e causa do acidente, o auxiliar de enfermagem responde: “Devo ter

*cochilado em pé, não tenho outra desculpa ou explicação para dar, o motivo foi o cansaço sim.*⁵⁰” A forma verbal no presente do indicativo (desinência verbal e temporal) somada ao advérbio de afirmação torna a afirmação categórica, inquestionável.

Epistêmicas - estão relacionadas ao eixo da crença, à ausência de certeza ou ao conhecimento que temos do referente, domínio do certo e do saber. Para Neves (2006:160) este tipo de modalização está relacionado à necessidade e possibilidade e dependem do conhecimento do falante sobre o mundo. É quantitativa uma vez que oscila entre o menos provável ao mais certo em relação ao referente. É marcada por operadores lexicais de modalização tais como “é certo”, “é possível”, “é provável”, “é improvável”, “é seguro”, “parece-me que”, “tenho a impressão que” entre outras.

No fragmento “*Letícia conta que no dia 16 às 19:00h haverá reunião das Chefias de Enfermagem de todos os andares e que provavelmente a pauta será o “jelco seguro*”⁵¹” a protagonista mostra não possuir certeza sobre a pauta da reunião mas tem uma suposição sobre o tema.

Assim, a modalização contribui para a construção do efeito de sentido dos enunciados.

Deônticas: as modalizações deônticas estão inseridas no campo da obrigação, da conduta, da responsabilidade, da obrigação e da permissão. Atuam no nível do

⁵⁰ Diálogo do protagonista e pesquisadora em 25/03/2008. Grifo da pesquisadora.

⁵¹ Dialogo da protagonista e pesquisadora em 14/04/2008. “Jelco seguro”: conjunto de agulha e catéter utilizado para acesso venoso em pacientes. Após introdução da agulha metálica na veia do paciente, esta é retirada e o cateter flexível permanece em posição intravenosa.

dever e da obrigação, não opera no nível da proposição, mas sim do dever. São marcadas por verbos no imperativo (como em textos prescritivos) e expressões impessoais como “é proibido”, “é necessário” (Neves, 2006:160). Estão ligadas ao nível da necessidade e permissão e nesse aspecto são marcadas pelos verbos “poder” e “dever” e aos demais verbos que sejam conjugados no enunciado no modo imperativo.

A modalização deôntica é aquela que leva o co-enunciador a aderir ao enunciado (obediência). As placas de proibição são um exemplo claro da necessidade de obediência por parte do co-enunciador. Um sinal de “proibido introduzir as mãos” com símbolo e mensagem verbal adverte sobre a obrigatoriedade de não adotar tal procedimento:



Figura 10 – Sinalização de proibição

No fragmento “*a passagem tem de ser feita paciente a paciente...*”⁵², a enfermeira, ao explicar o processo de passagem de turno, evidencia que a passagem deve ser feita de paciente a paciente e não de outra forma. Trata-se de uma norma a ser obedecida.

⁵² Idem.

Avaliativas (ou apreciativas): apresentam no enunciado um julgamento de valor do referente. São qualitativas na medida em que colocam este referente como “bom ou ruim”. Julgamentos e normas sociais baseados em critérios normais trazem marcas de julgamento de valor por meio de operadores lexicais que podem ser advérbios, interjeições e adjetivos, os quais atribuem valor apreciativo ou depreciativo em relação ao referente.

No fragmento “*Nossa função aqui é cuidar do paciente de maneira incondicional...*”⁵³, o enunciador avalia a forma que o cuidado prestado ao paciente deve ter e como deve ser: *incondicional*.

2.2 – ESTUDOS SOBRE O TRABALHO:

O trabalho é carregado dos saberes de quem o realiza.

YVES SCHWARTZ (AGOSTO DE 2007 – PUC-SP)

Há vários estudos e teóricos sobre o tema do “trabalho”, assim como várias definições; porém esta pesquisa será apoiada na Ergologia, porque esta fornece subsídios para o entendimento do fator humano presente no trabalho; ao analisar as atividades languageiras e privilegiar os depoimentos espontâneos entramos na dimensão humana do trabalho e dos sujeitos que o realizam, sujeitos esses dotados de histórias pessoais e inseridos em contextos sociais e que trazem para os discursos em situação de trabalho toda sua trajetória: de vida, profissional, familiar, de envolvimento com a situação de cada paciente, não cabendo aqui ignorar qualquer um desses aspectos revelados durante a observação, nem deixar de tratar o trabalho como uma atividade ampla integrante da vida dos seres humanos.

⁵³ Dialogo entre protagonista e pesquisadora em 12/04/2008.

Dentre os estudos que tratam do trabalho, a análise dos elementos coletados será embasada na Ergologia, que é uma abordagem multidisciplinar sobre o trabalho desenvolvida por filósofos, sociólogos, psicólogos e ergonomistas. Além disso, os lingüistas do Grupo Atelier Linguagem e Trabalho buscaram e encontraram na Ergologia aportes para o entendimento do papel da linguagem em situação de trabalho e do homem que realiza esse trabalho

Num trabalho cujo objeto é outra pessoa, como no caso do trabalho de enfermagem, ocorre interação verbal o tempo todo entre trabalhador e objeto. No trabalho em que as pessoas são o objeto, é ainda mais imprevisível que o prescrito seja aplicado a todas as situações e que o resultado do prescrito seja o esperado. Além disso, por mais que se fale sobre o trabalho, segundo Schwartz (2007), *“uma parte dele é indizível porque nem mesmo a linguagem dá conta de fazê-lo”*⁵⁴

2.2.1 - O TRABALHO HOJE

Requer-se que o trabalhador seja um ser multifuncional: o trabalho encontra-se sob processo de reestruturação produtiva, no âmbito do qual a Organização Científica do Trabalho (OCT) não responde mais às necessidades empresariais, que também passam por reestruturação (nova gestão empresarial) do perfil de trabalhador e dos novos modelos de gestão empresarial – empresas como Microsoft e Google, por exemplo, dão “liberdade” ao trabalhador no que tange ao horário de entrada e saída na empresa (desde que cumpram sua carga horária), e deixaram de ser rigorosas quanto à indumentária de seus funcionários, embora a cobrança pela produção individual e de departamentos seja grande.

Dada à multifuncionalidade hoje exigida tanto do trabalhador quanto da gestão (de pessoas e empresarial), essa multiplicidade funcional implica a

⁵⁴ Em orientação individual em 27/08/2008 às 15:00 no LAEL/PUC-SP.

necessidade de várias ciências que estudam o homem serem chamadas aos estudos sobre o trabalho; políticas, sociais e outras: Psicologia, Filosofia, Antropologia, Economia e Ergonomia e Lingüística, uma vez que o trabalho é atividade humana que é realizada coletivamente.

A noção de trabalho hoje está relacionada à economia política (o trabalho que gera riqueza para o país. Para evitar abusos pelo ou contra o empregador, o trabalho é regido por Leis); antropológica (na medida em que caracteriza o trabalho como ação do homem sobre a natureza, mas essa ação também é socialmente regulada), o que para Hirata (2000:273-289), possibilita avançar na conceituação do trabalho assalariado, inaugurando a idéia de trabalho como atividade social mensurável (o trabalho é valorado financeiramente em faixas salariais por profissões e funções).

O Neoliberalismo, em relação ao emprego, fez gerar contabilidade de capacidades: o trabalhador tem de ser multifuncional, o trabalho envolve jornada e produção e em nome da produção o trabalhador tem seu agir amputado pelas normas, situação que induz ao adoecimento do trabalhador, pois a ansiedade e decepção causadas por ter seu agir amputado causa fadiga; o corpo é exposto aos efeitos daquilo que não trouxe satisfação à mente: *eu queria agir, mas não pude e não posso*. O corpo vai adoecendo aos poucos devido à insatisfação gerada no e pelo trabalho (DEJOURS:1992:56).

A situação acima descrita atinge qualquer trabalhador em seu agir (ou melhor, amputação do agir). A fim de fugir – ainda que inconscientemente – da fadiga causada pela situação do Trabalho, o homem recria seu ambiente e seu agir,

segundo Marx e Engels⁵⁵, e o verdadeiro trabalho é aquele em que o homem desenvolve sua capacidade criativa (no qual não se vislumbra o produto final, mas sim o homem) em contraponto ao trabalho alienado (alienação das propriedades humanas).

Para Hirata (2000:289), a separação do trabalho de outras esferas da vida (criação, ação política) acaba graduando e hierarquizando as atividades humanas, colocando em segundo plano aquela que é denominada trabalho, que se cristaliza como lugar de objetivação e controle, sem possibilidade de ser transformado ou criativo.

O taylorismo (Organização Científica do Trabalho) veio a corroborar essa idéia de controle, pois a organização do trabalho era feita por quem determinava como devia ser (os responsáveis pela prescrição do trabalho), não por quem o fazia. O trabalho era repetitivo, mecânico e alienante; o trabalhador passava seu turno inteiro fazendo a mesma atividade, o que não lhe permitia pensar ou criar, apenas repetir o que fora instruído a fazer.

O fordismo (organização do Trabalho em regime de linha de produção: o trabalhador tem seu posto fixo e a tarefa é passada a ele por outro trabalhador ou por meios mecânicos) procura uma maneira de aumento da produtividade com redução do desgastes físicos e da valorização do trabalho (perda salarial).

As comunicações existentes nas relações do trabalho passam a ser área de interesse da Lingüística em conjunto com a Psicologia, Filosofia e Ergonomia, que buscam caracterizar o que é o trabalho, conjuntura na qual emergem a Ergonomia da Atividade, Clínica da Atividade e a Ergologia. A seguir, o

⁵⁵ Manifesto do partido comunista - Karl Marx e Friedrich Engels.
<http://www.vermelho.org.br/img/obras/manifesto.doc>

trabalho em sua atividade será examinado do ponto de vista da Ergonomia para que a subdivisão da atividade de trabalho em “trabalho prescrito” e “trabalho realizado”, que ocorre em várias ocasiões no trabalho de enfermagem, seja explanada e proporcione entendimento das intercorrências.

2.2.2 - ENTRE O TRABALHO PRESCRITO (O QUE EU TENHO PARA FAZER HOJE) E O TRABALHO REAL (O DIA ESTÁ SÓ ACONTECENDO)

Eleger as interações no trabalho como objeto de estudo traz como consequência a necessidade de uma nova postura por parte do(a) lingüista, que é obrigado a recorrer a noções e/ou categorias de análise advindas de outras disciplinas e a fazer empréstimos diversificados no âmbito de sua própria disciplina (...). (SOUZA-E-SILVA, 2002, p. 63)

A Ergonomia da Atividade estuda a relação entre o indivíduo e a produção de bens e serviços (a Saúde, área na qual se localiza o campo desta pesquisa, é um serviço público) em busca de contradições para as quais propõe medidas de intervenção, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, a fim de responder às exigências das e nas situações de trabalho. É uma disciplina de caráter aplicado e atua no sentido de compreender os problemas e transformar⁵⁶ as realidades conflitantes, proporcionando soluções e melhorias dos contextos de trabalho.

Entre o trabalhado prescrito, até por nos mesmos, e o que é realizado, há uma distância, algo que tem caráter que universal. Para entender a atividade (de trabalho) fez-se necessário recorrer à Ergonomia da Atividade para fazer a distinção entre trabalho prescrito e trabalho real.

A prescrição do trabalho é o conjunto de normas “fabricadas” pela empresa/instituição, nem sempre feita por quem entende “do” e realiza aquele trabalho; a pessoa que vai realizar o trabalho nem sempre é levada em conta na hora da concepção de tarefas e metas (exemplo: fabricação e instalação de equipamentos que não permitam ajustes como se a composição antropomórfica de todos que utilizarão a mesma máquina fosse semelhante).

⁵⁶ Grifo da pesquisadora. Chamamento para a obra de Guerin *et AL* “Compreender o trabalho para transformá-lo”.

Daniellou, Laville e Teiger (1989) definem trabalho prescrito como a *"(...) maneira como o trabalho deve ser executado: o modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios e as regras a respeitar."* (p. 48)

É de caráter normativo e é organizado exteriormente ao trabalhador que realizará o trabalho, e dessa forma não contempla nem a dimensão sócio-histórica nem a vivência profissional desse sujeito, que se utilizará dessa experiência para gerir toda e qualquer espécie de intempérie que por ventura interfira na normalidade do trabalho.

Nas estruturas tayloristas, acreditava-se que seguir à risca as prescrições garantiria a realização do trabalho conforme as metas estabelecidas, mas os estudos ergológicos mostram que, uma vez que o trabalho envolve mobilizações cognitivas e afetivas do trabalhador, ele nunca será uma mera execução.

O trabalho realizado (ou o real da atividade) é a soma daquilo que o trabalhador faz para alcançar os resultados esperados e do que não foi efetivamente feito, cujas causas variam desde motivos pessoais (cansaço, saúde debilitada, não ter recebido treinamento para a execução de determinada tarefa) a causas materiais (máquinas que deixam de funcionar, equipamentos encomendados e não entregues, entre outras). O trabalho real só existe na execução da tarefa e em situação de trabalho. Por isso, nunca corresponde ao trabalho prescrito.

O trabalho real é muito mais amplo que o trabalho prescrito porque, em situação de trabalho, ocorrem variabilidades cujas soluções dependem, mais que dos procedimentos prescritos, da capacidade humana de tomar decisões. É de caráter realista e conta com os saberes e valores do sujeito que "opera" o trabalho.

Essas decisões são tomadas no tempo e no espaço existentes “entre o trabalho prescrito e o trabalho real.”

A distância entre o prescrito e o realizado corresponde ao inusitado, imprevisto e não antecipável no trabalho e ao não avaliável pela prescrição, que não tem meios de prever todos os detalhes da atividade. Essa distância pode proporcionar ao trabalhador tanto satisfação e prazer como angústia e adoecimento no e pelo trabalho. Dentre as conseqüências negativas advindas da prescrição do trabalho, Daniellou, Laville e Teiger (1989) indicam: fadiga física (produzindo a incidência de dores lombares, dorsais, ombros e pescoço); fadiga mental (expresso sob a forma de cansaço mental, sensação de esgotamento) e fadiga nervosa (expresso sob a forma manifestações de ansiedade, medo, frustração).

A realização do trabalho depende então de fatores que estão além da prescrição: características físicas dos trabalhadores, seus saberes interno-externos à prescrição e o ambiente⁵⁷, A prescrição geralmente vem na forma escrita (manuais, comunicados, jornais internos); mas também pode vir de forma verbalizada (orientação da Chefia, Diálogos Diários de Segurança – DDS), isso no plano descendente⁵⁸; justamente quando ela é ascendente⁵⁹ e vem na forma verbalizada, que ocorrem as práticas languageiras e a interação verbal.

Resta esclarecer a diferença entre tarefa e atividade. A tarefa é anterior à atividade, e constitui os procedimentos para a execução da atividade. A tarefa requer um tipo específico de sujeito para a execução da atividade, requer ainda desse mesmo sujeito elaboração intelectual e habilidade manual. A tarefa está relacionada ao campo da prescrição, é “*o que eu tenho para fazer hoje.*”

⁵⁷ Segundo a Norma Regulamentadora nº 17, são as condições físicas do ambiente: luminosidade, temperatura, umidade, exposição a ruídos.

⁵⁸ A prescrição que vem da hierarquia.

⁵⁹ A prescrição que vem do indivíduo ou do coletivo de trabalho.

A atividade de trabalho é “o dia só acontecendo.” Para Guerin

(...) é uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, objeto da prescrição. A distância entre o prescrito e o real é a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato de trabalho, entre 'o que é pedido' e 'o que a coisa pede'. A análise ergonômica da atividade é a análise das estratégias (regulação, antecipação, etc.) usadas pelo operador para administrar essa distância (...) (2001:15).

A atividade de trabalho é a aplicação da prescrição pelo trabalhador, é onde ele investe seus saberes para lidar com o produto ou serviço a ser finalizado, é a ação humana, o ato de trabalhar.

Vimos até aqui que, para a realização da tarefa, término da produção do bem ou do serviço vislumbrado pela empresa que impõe a prescrição ao trabalhador, sem levar em conta seu lado sócio-histórico, este trabalhador gerencia conflitos.

No item a seguir, entenderemos do ponto de vista da Ergologia os mecanismos por meio dos quais o trabalhador utiliza seus saberes e vivências para gerir os conflitos surgidos em situação, não só a de trabalho, mas principalmente nela, como também de vida.

2.2.3 - ERGOLOGIA E TRABALHO

(...) num primeiro registro, ele (o trabalho)⁶⁰ diz respeito aos antecedentes normatizando e antecipando a atividade (...) num segundo registro, ele comporta a insubstituível gestão das dimensões singulares da situação que marca na atividade cotidiana de trabalho os elementos variáveis, 'históricos de toda situação, sua não repetição integral. SCHWARTZ (1992:108).

Uma das definições que melhor designa o termo “Ergologia” em seu significado e aplicação vem de Souza-e-Silva: *“um posicionamento novo e criativo para se pensar o trabalho, cujos fundamentos científicos implicam uma co-construção advinda de diferentes tipos de saberes” (2008)*

O conceito de trabalho é muito amplo e difícil de ser definido, e será tomado aqui como componente da atividade humana. Impossível definir o termo, mas a Ergologia propõe um conceito no qual a especificidade do trabalho é fundada: o trabalho é posto como um triângulo com pólos ao mesmo tempo interdependentes e interativos, a saber:

- O primeiro dos pólos, o econômico, é o pólo dos administradores do trabalho, que o organiza seguindo critérios comerciais e financeiros, dimensão esta marcadamente manifesta em nossa sociedade nos tempos atuais.
- O segundo pólo, o político, é o pólo que diz respeito ao bem comum, ao estado de direitos do cidadão, ao Estado, à Democracia. É neste pólo que se encontra o gerenciamento do bem comum e a garantia de acesso aos recursos sociais, ponto relevante e importante para esta pesquisa por estar situada do serviço de saúde pública oferecido à população.
- O terceiro pólo, o uso de si, é o pólo da “gestão dos valores”, no qual fazemos escolhas sobre nós mesmos, os outros e sobre a vida social. Nessas

⁶⁰ Comentário inserido pela pesquisadora.

escolhas figuram a tomada de decisão ante o imprevisto (muito comum na situação de trabalho hospitalar, principalmente em pronto-socorro onde muitas vezes a vida chega ao limiar) tanto em situação de trabalho quanto nas relações sociais.

Este si – o sujeito – é um ser dotado de saberes, que Schwartz divide em:

- Saberes instituídos ou acadêmicos, que são os saberes adquiridos por meio das disciplinas, os saberes vindos dos livros, tabelas e gráficos, normas e toda espécie de referencial prescrito, sejam eles internos (como um manual de integração de funcionários)⁶¹ ou externos (as legislações maiores que regulam determinada profissão e a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT).
- Saberes investidos (ou práticos), que são os saberes vindos da prática de cada situação de trabalho somada às experiências de vida com seus saberes acumulados, de forma individual ou coletiva.

A Ergologia surgiu da experiência pluridisciplinar e pluriprofissional na Universidade de Provence – França – com a criação do dispositivo Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho – doravante APST - cuja demanda era atender a questionamentos vindos de trabalhadores do modelo taylorista-fordista de produção, questionamentos esses que levaram à reunião de especialistas de diferentes campos: Filosofia, Linguística, Sociologia, Economia, Ergonomia e alguns trabalhadores.

Era necessária a construção de um referencial teórico que atendesse às diferentes áreas do conhecimento envolvidas, situação na qual emerge a disciplina ergológica que, segundo Schwartz

⁶¹ Comentário da pesquisadora.

não é uma disciplina no sentido de um novo domínio do saber mas, sobretudo, uma disciplina de pensamento. Essa disciplina ergológica é própria às atividades humanas e distinta da disciplina epistêmica que, para produzir saber e conceito no campo das ciências experimentais deve, ao contrário, neutralizar os aspectos históricos. A démarche ergológica, mesmo tendo como objetivo construir conceitos rigorosos, deve indicar nestes conceitos como e onde se situa o espaço das (re)singularizações parciais, inerentes às atividades de trabalho (2000:45-46).

Assim, a disciplina ergológica não se restringe apenas à atividade de trabalho, e está presente em toda a atividade humana, cerne da abordagem ergológica. A atividade de trabalho é social, coletiva e normalizada, mas também engaja experiências subjetivas por meio das quais os procedimentos são redefinidos. A Ergologia nos convida a refletir sobre a subjetividade imbricada na atividade de trabalho, entre o geral e o singular.

Nesse sentido, o trabalho é *“uma atividade coordenada por homens e mulheres para responder ao que não está posto, desde o início, pela organização escrita do trabalho”* (DEJOURS, 1994:61).

Trabalhar, para a Ergologia, é a atividade dos seres humanos situada no tempo e no espaço que se dá no "acontecendo" da vida. São atividades sempre complexas que possuem caráter enigmático. Enfrentar as variabilidades é o que torna o trabalho vivível.

A atividade de trabalho de enfermagem implica lidar constantemente com o imprevisto, o não antecipável, requerendo reinvenção da norma para driblar as situações quase que constantemente. É uma atividade na qual, apesar da grande soma de normas prescritas para a realização do trabalho, a subjetividade está presente e é quase um pré-requisito se olharmos para essa atividade com o

olhar do "acontecendo" acima referido; mas é um acontecer igualmente complexo e enigmático face ao imprevisível. Aqui está o porquê de recorrer à disciplina ergológica para acompanhamento e entendimento da situação de trabalho de enfermagem no campo escolhido, no qual o dia se mostra incapaz de afirmar o que há de ser feito nele enquanto tempo e espaço por estar “*apenas acontecendo*”.

2.2.3.a - CONCEITOS ERGOLÓGICOS.

Há pontos importantes tratados pela Ergologia que ocorrem constantemente em situação de trabalho: o trabalho é demonstrado como “lugar de debate de normas”, nesse lugar temos o “uso de si por si mesmo” e o “uso de si pelos outros”. Esses usos de si implicam a “dramática do uso de si”, o “corpo-si” (o que o corpo-si faz não pode ser verbalizado) que é convocado o tempo todo e para tanto são utilizados os “saberes investidos” e os “saberes constituídos”, por meio dos quais o trabalhador “*renormaliza*” a situação de trabalho a que é submetido – em nome da boa saúde.

Os conceitos acima destacados ajudam na compreensão e na análise dos elementos da situação de trabalho dos profissionais de enfermagem, foco desta pesquisa. Para proporcionar melhor compreensão desses conceitos em relação à atividade de trabalho, segue descrição mais detalhada de cada um deles:

- *Lugar de debate de normas*: toda atividade de trabalho é um lugar de micro escolhas permanentes e é regida por prescrições, sejam elas vindas da hierarquia do trabalho (prescrições descendentes) ou pelo próprio trabalhador ou grupo de trabalhadores (prescrições ascendentes), o espaço existente entre esses dois tipos de prescrições é justamente o “debate de normas”, ou seja, a recriação do trabalho pelo sujeito em que ele fará um jogo entre as normas antecedentes (os conhecimentos adquiridos por sua experiência de vida e profissional) e a prescrição descendente do trabalho, para que este

seja realizado de maneira que contemple a execução da tarefa e o bem viver e saúde o trabalhador. Não ocorre o debate apenas das normas, mas também dos valores que cada trabalhador traz consigo, valores estes que são parte de sua história. O trabalhador, ao se encontrar com sua atividade de trabalho (de maneira concreta) retrabalha as normas antecedentes para lidar com as variabilidades que possam surgir, ou seja, ele renormaliza, individual ou coletivamente, e faz escolhas pelo meio das quais desenvolverá da melhor forma possível a sua atividade.

- O *uso de si*: este conceito é dividido em dois outros conceitos: o ***uso de si por si***, que é o dispositivo por meio do qual o trabalhador recria/reorganiza o trabalho. É o produto de uma vontade autônoma que determina as próprias leis. O uso de si por si está presente nas singularidades da situação de trabalho; é uma experiência singular que coloca em jogo as próprias normas para que se vá ao encontro de um destino a ser vivido na forma de tarefa a realizar. Há também o ***uso de si pelos outros***, a prescrição que impõe o que o trabalhador deve fazer. É fruto das vontades heterônomas que sujeita o ser às leis externas; conjunto de coerções, normas e prescrições integrantes da situação de trabalho que devem ser seguidas para realização das tarefas. O uso de si por si em relação ao uso de si pelos outros significa escolher a si mesmo por meio dos próprios valores, dos saberes e valores plurais orientando situações de trabalho que são sempre singulares.
- A *dramática do uso de si*: é uma situação na qual a tomada de decisão por parte do trabalhador torna-se um momento conflituoso, que contraria suas normas antecedentes; mas em nome do seu bem viver, do bem viver de um colega ou grupo e da manutenção de sua própria saúde e integridade física e mental ou do “coletivo”, a decisão tem que ser tomada e posta em prática. Situação na qual o sujeito se vê entre as normas antecedentes, seus próprios valores e exigências externas, tendo de conceber antecipações e gerir situações.

- O *corpo-si*; Segundo Schwartz, trata-se de uma entidade enigmática. Não é apenas o corpo no sentido físico, mas é toda a somatória de corpo, alma, inteligência, emoções, sistema nervoso, a história e formação social do ser, é um corpo formado tanto na história da humanidade quanto da história do próprio ser. Somatória dos vários “corpos” requeridos na condução da atividade: *“o social, o psíquico, o institucional, as normas e os valores (do contexto e retrabalhados), a relação às instalações, aos produtos, aos tempos, aos homens, aos níveis de racionalidade, etc.”*⁶² (DURRIVE e SCHWARTZ, 2008)

- Os *saberes investidos*; são os saberes do corpo-si, frutos de toda uma experiência de vida, de trabalho e da história do próprio ser, é este o saber convocado para gerir as diferenças entre o trabalho prescrito e o trabalho real (TRINQUET, 2007). São os saberes produtores da renormalização, convocados em situações de vida e trabalho. Em um dispositivo dinâmico de três pólos, no cume temos o agir em certo grau de aderência aqui e agora por meio do debate de normas agregado de valores ligados às normas antecedentes, o agir da aderência tem como resultado o debate de normas; na extremidade abaixo temos o pólo da desaderência, que convoca os saberes técnicos e acadêmicos, de onde resulta uma renormalização em graus de temporalidade em que o momento reflete a dramática do uso de si e no terceiro pólo temos o corpo-si que está no momento (t-1), ou seja, o momento histórico do corpo-si já atravessado pela história, pela dramática do uso de si e o debate de normas desse momento remete ao corpo-si atravessado pela história anterior que é acumulada na dificuldade que é viver, a história continua com um novo momento do debate de normas com um corpo-si no momento (t+1), no qual não somos mais os mesmos de antes da renormalização; há uma permanência relativa do ser que sempre retrabalha os debates de normas que temos que enfrentar, a história se encarrega de

⁶² Glossário da Ergologia | Louis Durrive & Yves Schwartz

substituir a subjetividade pelo corpo-si que tem graus de diferenças que variam de acordo com nossa idade na vida.

- Os *saberes instituídos*; são os saberes acadêmicos, técnicos e científicos, adquiridos por meio de livros, cursos, normas, é este o saber convocado para a concepção do Trabalho prescrito (TRINQUET, 2007);
- A *renormalização*: numa situação de exposição às normas e exigências contínuas e em quantidade, para garantir sua existência com um ser singular, o homem reinventa essas normas, configurando assim o meio como seu próprio meio; esse processo de “renormalização” está no centro da atividade. Além da reconfiguração do meio, a renormalização propicia ao homem a garantia da saúde, da integridade psíquica e da felicidade durante a realização da tarefa em situação de trabalho.

Para a Ergologia⁶³, o trabalho é uma atividade inserida na noção do viver, do vivente; o uso cego do termo é aquele colocado como o uso de energia oposição à inércia, mas há uma complexidade maior que esta afirmação pura e simples. O trabalho como uma das dimensões da atividade humana não requer apenas energia, mas requer entendimento, imaginação, sentido e memória: união entre corpo e alma de uma forma que seja boa para o indivíduo que realiza esse trabalho. Schwartz (2007) recupera a questão da sinergia entre corpo e alma a partir de estudos sobre o trabalho.

⁶³ A disciplina ergológica tem suas origens na experiência pluridisciplinar e pluriprofissional iniciada na Universidade de Provence – França no final da década de 1970, com a criação do dispositivo Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho – APST, tendo como seu principal mentor o filósofo e professor Yves Schwartz. Naquele contexto, tratava-se de um desafio político-epistemológico buscar responder aos questionamentos feitos pelos operários ao modelo taylorista-fordista de organização do trabalho e gestão da produção. Em torno dessa demanda, reuniram-se pesquisadores de vários campos do saber: Filosofia, Linguística, Sociologia, Ergonomia, Economia, em colaboração com trabalhadores assalariados, que se defrontavam com novas questões postas pelas estratégias de racionalização do trabalho.

Fonte: <http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/posteres/GT09-1830--Int.pdf> - acesso em 12/01/2008 às 14:30h.

A atividade é um processo provavelmente impenetrável pela articulação dos saberes, o que se torna um obstáculo a todo pensamento racional por apresentar alguns níveis simultâneos: o nível do conhecimento técnico, o nível do indivíduo em ação inconsciente e o nível do fazer mecânico, desprendimento de habilidades motoras e neurológicas que são indizíveis pelo indivíduo que realiza o trabalho, indivíduo esse que se utiliza de dois saberes para a realização do trabalho: o saber instituído que é aquele que está do lado científico (as técnicas aprendidas) e o saber investido que são experiências pessoais do indivíduo e que são acumuladas a cada trabalho.

A atividade humana é um processo dinâmico e tenso que se tenta acumular durante toda a limitação da vida; segundo Schwartz (2007), o ser humano sempre tenta ser dono de suas próprias normas, mas há as antecedentes a ele. Os valores sociais não podem ser confinados a um único local ou cargo de trabalho, a atividade não se dá só no trabalho mas em todos os setores da vida.

Para o autor (*Idem*), a norma antecedente é mais ampla que o trabalho prescrito, pois há a memória histórica do sujeito posta antes da atividade que ele executa; quando observamos o prescrito e o realizado, notamos que para os dois a prescrição tem sua utilidade: o imprevisto e a renormalização, que estão no plano da prescrição ascendente, trazem tranquilidade quanto à não realização do prescrito. Todo ser humano precisa ter suas próprias normas, que são dinâmicas; o realizado nunca será igual ao prescrito, *a priori*, pois sempre há o debate de normas.

O conceito de atividade para os ergologistas é uma abertura de um campo rico em problemas que aguardam por solução, mas que necessitam de um enfrentamento multidisciplinar (Sociologia e Ciência da Linguagem) e que obriga os ergologistas a se instruírem sobre a Linguagem (com a herança de Bakhtin e a

teoria de Maingueneau), por se tratar de uma atividade humana⁶⁴ (SCHWARTZ, 2007).

A renormalização⁶⁵ acontece em todos os planos da vida do ser humano, mas é em situação de trabalho que a ocorrência da renormalização e suas implicações são mais notadas, donde o interesse dos ergologistas pelas questões relativas ao trabalho, entre outras atividades humanas, e as transformações ocorridas no trabalho em vários setores.

Para os ergologistas, o trabalho não é construído apenas pelos saberes de quem concebe/idealiza a norma, mas o saber e a experiência do trabalhador é parte integrante, igualmente importante, e deve ser levada em conta, o que não ocorre para/na maioria das atividades profissionais (SCHWARTZ, 2007).

2.2.4 - O USO DE SI (POR SI E PELOS OUTROS)

Há sempre o uso de si pelo fato de que estar vivo é reinventar maneiras de viver, de sobreviver, de viver em comum. Viver não pode ser pura execução. Não podemos imaginar nenhuma atividade – de trabalho ou outra – que não seja também o uso de si, ou seja, a mobilização dessa substância enigmática que a Ergologia nomeia “o si mesmo”. Essa é uma afirmação ergológica fundamental.

SCHWARTZ (2007, p. 17)

O uso das expressões “corpo-si” e “uso de si” no lugar de “subjetividade” tem razão de ser. A dramática do uso do corpo-si e a necessidade de renormalizar são mais amplas, segundo Schwartz (2007):

⁶⁴ Yves Schwartz, 2007, PUC-SP.

⁶⁵ Segundo o Dicionário Eletrônico Houaiss “normalizar” é o ato ou efeito de tornar normal e “normatizar” é a situação em que se impõem normas, a Ergologia chama de “renormalizar” as mudanças que são feitas nas normas de trabalho, primeiramente em nome da saúde do trabalhador.

A subjetividade é muito restritiva (...) o debate de normas é exigido por nossa saúde, isso não ultrapassa a questão da subjetividade, a globalidade do corpo-si não pode ser compartilhada e o enfrentamento dos valores pode ser claro e consciente e não podemos criar fronteiras, então a atividade é uma transgressão entre corpo e alma, entre consciente e inconsciente e entre verbal e não-verbal e por isso a síntese do conceito de atividade não pode ser apropriado por nenhuma ciência em particular.”

No histórico sobre a atividade de enfermagem, há menção de que recriar, adaptar e criar em situação de atendimentos faz-se mais que uma necessidade, sendo praticamente um pré-requisito para o ofício. Essa situação não mudou de forma significativa, pois em situações em que os profissionais deparam com a ausência do médico, da enfermeira líder etc. e o paciente está ali, sangrando, convulsionando e/ou agonizando, a tomada de decisões se faz necessária em nome da manutenção da vida do outro. Essa situação permeia os turnos de trabalho em um Pronto-Socorro.

O cotidiano da equipe de enfermagem do Pronto-Socorro: oito auxiliares e duas enfermeiras no mesmo ambiente durante doze horas e às vistas com vários tipos de imprevistos; chegadas de acidentes de grande proporção, baleados de uma rebelião no presídio próximo ou na unidade de correção de menores infratores, escoltas armados, além do saber técnico, há a necessidade o uso do saber vindo da experiência para avaliar e decidir a quem cuidar primeiro – nada disso está em roteiros montados pela Instituição, vindo precisamente do “uso de si por si”.

Na atividade de trabalho, existe um “si” que tem de arbitrar e que tem que recriar o trabalho. A noção de “dramática do uso de si” tem maior peso quando a atividade de trabalho se desenvolve com o outro que não é semelhante, ou seja, alguém ausente da situação de trabalho em que está inserido o agente do trabalho.

Para Schwartz (2007), a vida social, com suas intempéries, é inesgotável e a questão de seus valores e de suas dimensões permanentes rege as arbitragens que temos de fazer.

Tomemos como exemplo uma auxiliar de enfermagem num Pronto-Socorro público: aplicar inalação ou dar um comprimido com água para facilitar a ingestão é comum ao trabalho; o que muda é a situação em que isso pode ocorrer. Pode ser um atropelado, um morador de rua, uma gestante que chegue em situação de aborto espontâneo em andamento, um menor infrator ou um detento acompanhado por agentes de escolta irritados, algum paciente em surto psicótico ameaçando matar a todos e a si em seguida, entre outros.

Toda a dramática do uso de si compromete muito mais que apenas o corpo: a memória e as emoções do ser, sua postura, sua maneira de usar um instrumento – tudo é convocado; todos os recursos do corpo são usados.

A questão da saúde no trabalho (e fora dele), que é tratada de maneira especial por Georges Canguilhem, não é vista pela Ergologia apenas segundo o viés medicinal; vem da relação existente entre o ser vivo e o meio, não havendo como separar o físico e o mental, uma vez que a saúde é global. Assim, toda atividade industriosa é uma série de dramáticas do uso de si, uma vez que o corpo-si é convocado e inserido nas dramáticas, que por sua vez se desenrolam de várias maneiras dentro do corpo de cada ser, dependendo de que parte do corpo é mais requerida para essa ou aquela atividade de trabalho. O sistema neurológico é o mais convocado, por estimular os mecanismos que de certa forma diminuem o sofrer, e assim, renormalizamos fisicamente para impor nossa saúde ao meio, sendo isso também um debate de normas.

O conceito de corpo-si é o de um trabalho em constante feitura. A atividade engaja nosso ser como um todo, mas ele poderia não ser engajado, revelando o que pertence à subjetividade como uma estrutura relativamente estável e a distingue da atividade como um momento que remete ao aqui e agora da subjetividade. A subjetividade é algo que está integrado ao debate de normas; a noção de subjetividade contempla uma estrutura estável nos vários momentos da vida, e a Psicologia fala em tipos de subjetividade. Mas a atividade como debate de normas retrabalha sempre o nosso ser e nossos valores; por outro lado, o retrabalho não nos transforma completamente de um momento a outro de nossa vida.

Na medida em que a atividade como debate de normas nos engaja, e assim engaja a nossa história pessoal, não há como dissociar esse processo da subjetividade, que é formada social e historicamente e na relação com o outro. A atividade como oposição ao conceito de ação é a sinergia das heterogenias, ultrapassando a distinção entre a razão, o entendimento e o resto do corpo.

2.2.5 - AS ENTIDADES COLETIVAS RELATIVAMENTE PERTINENTES: O CORPO-SI ARTICULADO AO MUNDO SOCIAL

O trabalho de enfermagem em um Pronto-Socorro é feito por equipes, coletivamente. A pertinência da abordagem das Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes, doravante ECRP, aqui ampliada com base em Schwartz (2007), justifica-se por mostrar a questão do coletivo em relação às normas prescritas para a realização do trabalho.

São coletivos que estão na fonte da eficácia do trabalho. Ao tomar a eficácia como algo que não pode ser totalmente controlado pela hierarquia e como algo que é resultado de um trabalho cooperativo, esses coletivos se formam sem que as delimitações e até mesmo seus membros sejam definidos *a priori*. É uma

atividade coletiva em um determinado momento e situação que configura um determinado coletivo que nem sempre se repete.

A dimensão coletiva do trabalho apresenta similaridades com o “trabalho real” e o “trabalho prescrito”; o coletivo numa situação de trabalho é uma descoberta a se fazer parcialmente, a organização prescrita e os organogramas são uma base para a descoberta, mas nunca são suficientes por razões essenciais: a vida real do trabalho e a vida simplesmente podem ser processadas pelas ECRP por serem categorias circunscritas; trata-se de um espaço de transição dinâmica em duplo sentido: o individualizado e o universalizado.

Schwartz, em lugar de falar de coletivo de trabalho, prefere falar em ECRP. As entidades são chamadas de relativamente pertinentes porque não são oficiais, não têm nome, não são estáveis, são fluidas e têm vários graus de dimensão coletiva; têm certo grau de ambigüidade porque o que pode ser positivamente “coletivo” em dado momento pode ser influência negativa em outro momento em virtude de mudanças adotadas na atividade de trabalho; um responsável pela produção pode contribuir para a dimensão de coletividade, outro pode destruir o que já foi criado; isso é sempre recriado por meio da história da situação de trabalho, que passa pela pessoalidade e pelas formas de gestão da mão-de-obra. As ECRP são imprescritíveis e não antecipáveis.

Cada situação de trabalho oferece entidades diferentes, não se podendo antecipar o que ocorrerá, mas apenas formular hipóteses sobre o imaginável; no entanto, elas são essenciais para a eficácia do trabalho bem como para a vida, pois permitem modificar o que é ruim para ele.

Os diferentes níveis de ECRP são dados através de pistas como a prescrição do trabalho, os organogramas etc., mas a observação da organização e as prescrições podem colocar à prova toda essa organização e deixá-la em crise, causar demissões etc. O tempo de convivência no trabalho é capaz de originar gírias e expressões que só as pessoas ligadas àquela situação entendem, o que é uma particularidade da situação de trabalho e da Linguagem, mas isso se dá dependendo do grau de dimensão coletiva do grupo de trabalho; é um processo que se cristaliza à medida que os membros do grupo vão se reconhecendo entre si como semelhantes e identificam valores comuns que ultrapassam a situação de trabalho.

É pela renormalização que se encontra o outro, pois, aos poucos, os valores individuais vão se tornando universais e se cristalizando. A Linguagem no interior de uma ECRP está além do verbal; é uma mescla do verbal, não verbal, gestual, corporal: às vezes os trabalhadores se comunicam até com um olhar que entre eles é compreensível, mas não para quem os fiscaliza. Os valores sociais circulam entre o grupo de trabalhadores, o que ajuda cada um a identificar-se no e com o outro, processo no qual cada corpo-si renormaliza na sua situação de trabalho e na interação com outro corpo-si.

A aplicação dos conceitos ergológicos estará mais concentrada no próximo capítulo, em que faremos a análise dos elementos. A importância de uma abordagem mais completa de conceitos como 'uso de si por si e pelos outros' e ECRP prende-se ao fato de que as situações vividas pela equipe de enfermagem observada na Sala de Medicação reivindicam e requerem a quase todo instante a prática daquilo que esses conceitos descrevem; é uma atividade na qual, além da dependência do outro para as tarefas mais difíceis, como o banho no leito, há a necessidade do uso de si para a gestão dos conflitos e dos imprevistos, nos quais os saberes investidos e instituídos são igualmente requisitados.

CAPÍTULO 3: ANÁLISE DOS ELEMENTOS - O dia mostrando o que há de ser feito.

Neste capítulo será apresentada a análise dos elementos de acordo com duas categorias, igualmente relevantes para os fins da pesquisa: os discursos *sobre* o trabalho e os discursos *no* trabalho.

3.1 - DISCURSOS “*SOBRE*” O TRABALHO

Eu não sei: o dia está acontecendo.

Letícia, 2008.

A distinção dos discursos “*sobre, no e como*” trabalho conforme proposta por Lacoste (1998) apresenta-se de uma forma didática para organizar os “tipos” de enunciados produzidos pelos trabalhadores em situação de trabalho. Por vezes, a distinção se faz dificultosa por ser tênue a linha que separa enunciados *sobre*, *como* e *no* trabalho: num mesmo enunciado, tal distinção pode se (con)fundir, dificultando ao analista uma distinção clara.

Quando a tarefa do analista é distinguir enunciados *no* e *como* trabalho a dificuldade em estabelecê-los torna-se tanto quanto maior, pois no caso de radialistas, professores, advogados e outras profissões nas quais o discurso é a principal ferramenta de trabalho, o enunciator ao falar deste trabalho especificamente - realizado com a voz e textos – apresenta uma dificuldade natural em desmembrar o que é enunciado *no* trabalho e *como* trabalho já que para ele, além de enumerar tarefas, nessas enumerações os verbos *dicendi* participarão das enumerações. Como exemplos hipotéticos de enunciados de radialistas ao descrever seu trabalho: “*eu dou as manchetes principais e após os comerciais conto*

fato por fato ao ouvinte”; no caso do professor “eu explico a tarefa aos alunos, eu corrijo na lousa e comento o texto mais uma vez” e no caso do advogado “eu apresento ao Magistrado e ao corpo de jurados todo o conjunto de provas que coloram o acusado na cena do crime e faço um resumo de tudo o que consta na vida do acusado que possa ser usado como fator para desencadeamento da ação criminosa”.

A análise dos elementos que se seguem será feita inicialmente levando-se em conta que os discursos “sobre” o trabalho constituem, mais que enumeração de tarefas a cumprir durante o horário de expediente, a forma por meio da qual o trabalhador avalia e comenta seu trabalho. São relevantes nesta pesquisa por mostrar o trabalho de enfermagem em situação, cada uma delas única, porque cada atendimento é único e porque cada trabalhador e cada pacientes são únicos. Os discursos “sobre” o trabalho aqui analisados foram selecionados de forma a proporcionar o entendimento dos referentes constituintes do trabalho de enfermagem construídos pelos próprios trabalhadores.

3.1.1. Construção do referente “trabalho na Sala de Medicação” (ou “o que eu tenho para fazer hoje”).)

Para auxiliar na busca de respostas mais reveladoras de uma situação de trabalho, o sociólogo e ergologista Pierre Trinquet, em sessão de orientação individual a esta pesquisadora⁶⁶ sugeriu a seguinte pergunta desencadeadora: “O que você tem para fazer hoje?”. A pesquisadora seguiu a sugestão.

A pergunta *desencadeou*, por meio dos enunciados produzidos a partir dela, algumas facetas do trabalho desconhecidas das bibliografias sobre o trabalho de enfermagem; destacamos as respostas que mostram como os protagonistas

⁶⁶ Em visita ao LAEL/ PUC-SP em setembro de 2007.

visualizam a atividade de trabalho em si, o (re)conhecimento dos pacientes da atividade de Enfermagem, a parte administrativa do trabalho de enfermagem e todo o “*imprevisto da atividade*” – um dos motivos pelos quais Schwartz (2007) mostra que o realizado não será conforme o prescrito porque há também em situação de trabalho a ocorrência de fatores imprevisíveis.

À pergunta, Helena respondeu da seguinte forma:

12/04/2008 - “Nossa função aqui é cuidar do paciente de maneira incondicional, o que tivermos que fazer, faremos; desde uma simples aspirina VO⁶⁷ até dar banho e alimentação para quem não pode se alimentar sozinho, nosso atendimento é incondicional, recebemos treinamento para isso. A partir do momento que entra aqui, o paciente é nosso e tudo o que é preciso a gente faz, o imprevisto acontece sempre mas o cuidado é intensivo, qualquer tipo de cuidado é intensivo.”

Notamos no enunciado a variabilidade de situações e a impossibilidade de antecipar a tarefa, além da necessidade de os funcionários estarem prontos para o que aparecer e a habilidade para renormalizar quando e se for preciso; estávamos numa situação em que já haviam faltado trabalhadores durante o dia e no horário de troca de turno (19:00h), e os auxiliares da noite ainda não haviam chegado para compor a equipe com número integral de funcionários

Pela desinência de pessoa “nosso paciente”, “nossa função”, “o que tiver de fazer, *faremos*”, “tudo o que é preciso a gente faz”, Helena se refere às atividades que são parte da função do coletivo de trabalho: cuidar de outra pessoa. Helena fala por si por e pelos colegas quando usa a primeira pessoa do plural, fala ainda pela Instituição Hospitalar “caiu aqui” é aqui “neste PS”, neste “Hospital”, “nesta Sala de Medicação”. Notamos ainda enunciados em primeira pessoa, e a relação com o coletivo de trabalho é bem explicitada.

⁶⁷ Abreviação de “via oral”.

Resposta de Mara:

14/04/2008 - “A gente aqui trata tudo o que aparece, vem tudo pra cá: preso, mendigo, febre, idoso, acidente, motoboy, atropelamento, a gente procura atender bem todo mundo que chega, mas tem gente que não conhece nosso trabalho e acha que a gente tem obrigação de atender todo mundo quando chega, todo mundo que está aqui é porque não está bem, senão ficava em casa vendo novela, quem vem pra cá é porque está realmente ruim, senão não vinha”.

Mara reforça o coletivo de trabalho indicado nas ECRP com a expressão “a gente”, colocando as colegas na mesma situação que ela; o efeito de sentido sugere que se Mara não estiver presente ao trabalho, ele será realizado da mesma maneira porque “a gente aqui trata tudo o que aparece” e “a gente procura atender bem todo mundo que chega”. A construção discursiva que se refere ao coletivo de trabalho sugere claramente que cada ator sabe como o outro realiza seu trabalho.

Enquanto Letícia preparava medicação, perguntei se conversar com ela naquele momento atrapalharia ou incomodaria; ela respondeu que não e então fiz a pergunta desencadeadora, cuja resposta foi:

08/04/2008 - “Eu não sei Rose⁶⁸, é o dia de hoje que vai me dizer o que tenho para fazer, eu não posso te responder isso porque o dia está acontecendo”.

A resposta é reveladora do imprevisível da situação de trabalho: “é o dia de hoje que vai me dizer o que tenho para fazer”, imprevisível que é reforçado por “o dia está acontecendo”. Cada atendimento é único e, segundo Schwartz (2007)

⁶⁸ Interpelação/resposta à pesquisadora pelo nome.

e Trinquet (2007), o mesmo trabalho realizado pela mesma pessoa repetidas vezes será singular e as reações de quem está sendo cuidado são imprevisíveis.

Mara e Helena verbalizam sobre como é a atividade de trabalho e a clientela a que atendem; Letícia destaca um detalhe que é integrante da atividade de enfermagem em um hospital para o qual é dirigida uma grande variedade de ocorrências e de públicos: o imprevisível.

A enfermeira Regiane, que respondeu à pergunta por escrito em questionário impresso, revela também os detalhes administrativos do trabalho de Enfermagem:

| |
|---|
| 17/03/2008 - Assistir o paciente realizando plano de cuidado (prescrição e evolução de enfermagem), atender às emergências, realizar internações, transferências e altas. |
|---|

Na resposta de Regiane, tomamos conhecimento de algumas prescrições da rotina administrativa que permeia o trabalho de enfermagem; o plano de cuidado, internações, transferências e altas são feitas por meio de formulários padrão da Unidade Hospitalar; embora o formulário seja padrão no preenchimento, já que cada paciente é único, cada preenchimento desses formulários tem sua especificidade e requer atenção na hora do preenchimento, havendo um trabalho intelectual requerido nessa hora, várias normas antecedentes bem como conhecimento do léxico específico a ser usado. Nos verbos grafados no infinitivo, Regiane reproduz parte da prescrição do trabalho ao descrever as tarefas.

Quanto a “*atender às emergências*” Regiane sugere que nos imprevistos todos participam, inclusive a Chefia, cargo que exerce; mostra por meio

da resposta dada que os imprevistos convocam a todos no Pronto-Socorro, mesmo os da Sala de Medicação

3.1.2 Construção do referente “trabalho do médico”

Uma das finalidades do discurso em situação do trabalho de enfermagem é informar ao paciente o procedimento adotado pelo médico: o porquê das medicações prescritas e a forma de aplicação dessas medicações; a necessidade de retorno ou alta; algum outro procedimento que necessite observação etc..

Com esse tipo de discurso entre enfermagem e paciente, é construída também a caracterização do que é trabalho do médico e trabalho da enfermagem, para que ao paciente não reste dúvidas sobre a quem cabe cada tipo de cuidado que ele receberá.

Muitos dos afazeres nas atividades do trabalho de enfermagem não precisam de prescrição a todo instante, uma vez que os profissionais já conhecem previamente o que tem de fazer durante seu turno de trabalho: tomar uma medida (auferir) de pressão arterial, temperatura ou nível de glicemia no sangue, dar banho no leito, trocar as vestes do leito e dos pacientes, dar alimentação. E há outros afazeres que dependem da prescrição do médico: aplicar inalação; aplicar injeção; trocar o soro, colocar medicação no soro; aplicar insulina, trocar curativo, entre outros.

Sala de Medicação: este é o nome do local de trabalho, este é o local para o qual a prescrição médica é levada pelo próprio paciente (quando pode se locomover) ou pelo acompanhante (no caso de pessoas com mobilidade limitada) e

onde o trabalho do médico tem realmente um fechamento: se há prescrição de medicação é o pessoal da enfermagem que aplicará o recomendado; se há indicação para internação hospitalar via Pronto-Socorro, os auxiliares fazem o trabalho inicial da enfermeira, que é providenciar a internação: eles providenciam que as vestes sejam trocadas pela fornecida pelo Hospital, a guarda das vestes particulares de cada paciente e dos documentos e objetos pessoais. Após procedimento administrativo e informação de prescrição de medicamentos feitos pela enfermeira, há a comunicação aos familiares do paciente sobre a internação⁶⁹.

Prescrição de medicação, ordem para internação e outros procedimentos são feitos pelos médicos e são repassados aos pacientes pelos auxiliares de enfermagem, conforme excertos abaixo. Observo que há nessa seção de linguagem “sobre” o trabalho, elementos relevantes de linguagem “no” trabalho, que foram considerados para o fim de diferenciação entre o trabalho do médico e o do enfermeiro:

De Mara para a paciente:

26/04/2008 - “olha, sua diabetes está meio alta, eu vou te aplicar essa insulina que o médico mandou, você vai ficar aqui por meia hora e depois disso eu te faço outro destro, e nesse meio de tempo não pensa em doença não, pensa em festa, passeio, em dançar e andar, em tudo de bom que tem no mundo pra gente se divertir, doença atrapalha a gente a curtir a vida, então pensa só em coisa boa pra essa diabete abaixar o médico poder te dar alta.”

Mara indica por meio de seu enunciado que a observação dos níveis de glicemia, aplicação da medicação *Insulina* e nova medição em meia hora foram

⁶⁹ A comunicação de baixa e alta hospitalar, a rigor, deve ser feita pela Enfermeira, mas quando se encontra com várias internações ao mesmo tempo, ela conta com a ajuda dos Auxiliares de Enfermagem.

orientadas pelo médico. Mas a indicação para não pensar em doença e sim “em tudo de bom que tem no mundo pra gente se divertir” é própria de Mara, um exemplo do uso de si por si, até mesmo para que o estado da paciente melhorasse e permitisse que o médico lhe desse alta. Trata-se de mostrar ao paciente o que é trabalho do médico e o que é trabalho da enfermagem.

Noutro relato, tal como Graça dirigindo-se à esposa de um paciente, Mara usa a linguagem como abrandadora de um conflito. No caso da paciente com glicemia alta, Mara argumenta sobre as “coisas boas da vida” para que a paciente melhorasse; apesar da medicação, suas palavras foram em tom alegre e solidário. Pode-se pensar que a “cena” que se forma nessa enunciação não é mais de uma auxiliar falando a uma paciente, mas sim de uma pessoa solidária falando a outra, talvez nervosa, que a vida tem coisas boas que devem ser colocadas num plano superior ao da doença a fim de garantir a “boa” saúde. Neste fragmento, a “linguagem *no* trabalho” evidencia a separação do trabalho do médico e da enfermagem, atingindo o nível social referido por Lacoste (1998:17).

Outra amostra, por meio do discurso, de diferenciação do trabalho do médico e da enfermagem é o fragmento seguinte, no qual o paciente é informado de que “liberar o paciente” é atribuição do médico:

De Letícia para o paciente:

| |
|---|
| 26/04/2008 - “vamos retirar o seu soro, o acesso ainda não porque você vai voltar no médico, o médico vai te reavaliar e se ele der alta, você volta aqui com a ficha com alta, assinada e carimbada pelo médico que depois disso eu retiro seu acesso” |
|---|

No mesmo enunciado, Letícia pronuncia três vezes a palavra “médico” e esclarece ao paciente que se a alta médica não for indicada na ficha e validada com carimbo e assinatura, o acesso do soro não será retirado.

Em outra situação, uma acompanhante de paciente entra num rompante na Sala de Medicação gritando que sua acompanhada havia caído da cadeira na sala de espera, pergunta quem podia ajudar, e Zuzu pediu a ficha de atendimento médico, passando a explicar:

30/04/2008 - “sem ficha com a prescrição médica eu não posso fazer nada com o paciente”, ao que a acompanhante responde: “se acontecer alguma coisa com ela, a responsabilidade é de vocês, o médico mandou eu ‘vim’ aqui primeiro” e saiu da Sala de Medicação, Zuzu olha para mim e comenta: “o pior é que a gente explica, mas ninguém entende”.

Zuzu tenta esclarecer à acompanhante que, sem a prescrição médica na ficha de atendimento, eles não podem fazer nada com o paciente, mas a acompanhante além de insistir em ter passado com um “*médico*” que ali não estava ainda ameaça Zuzu, situação bastante comum na Sala de Medicação quando o “*cliente*” acha que não foi atendido como esperava. Notamos mais uma diferenciação entre o que é trabalho do Médico e da enfermagem no enunciado de Zuzu.

3.1.3. Construção do referente “relação com a hierarquia”

A organização do corpo de enfermagem do Hospital obedece, como foi dito, à seguinte hierarquia: gerente de enfermagem; supervisão de enfermagem; enfermeiras líder de setor; chefias imediatas e equipes de auxiliares de enfermagem.

Numa relação de trabalho em que as hierarquias determinam como será desenvolvida e realizada a atividade, o contato entre “quem determina a prescrição” e “quem cumpre a prescrição” nem sempre é próximo; muitas vezes quem cumpre a prescrição não imagina sequer como é a pessoa que trabalha na diretoria e distribui as ordens; no Hospital, a situação de relações interpessoais entre as hierarquias não é tão diferente, apesar de todos conhecerem por nome a gerente, supervisoras, líderes e chefes imediatas dos outros turnos, e as prescrições são repassadas por vários níveis antes de chegar aos auxiliares de enfermagem.

O contato maior dos auxiliares é feito com a chefia imediata, que recebe as prescrições dos outros níveis da hierarquia e as repassa aos funcionários. Os auxiliares de enfermagem trabalham seguindo prescrições que vêm de dois níveis diferentes: de sua hierarquia e dos médicos, indicando procedimentos e forma de usá-los nas situações de trabalho. Os excertos a seguir mostram as relações de trabalho entre as hierarquias menores e as superiores:

| |
|--|
| 02/05/2008 - Letícia conta: “no dia 16 às 19:00 haverá reunião das Chefias de Enfermagem de todos os andares e provavelmente a pauta será o jelco ⁷⁰ seguro”. |
|--|

⁷⁰ Conjunto de agulha e cateter utilizado para acesso venoso em pacientes. Após introdução da agulha metálica na veia do paciente, esta é retirada e o cateter flexível permanece em posição intravenosa.

Observamos que é sabido pelos auxiliares que as chefias terão um encontro para tratar de um tema que “provavelmente”⁷¹ será o jelco seguro, ora em processo de implantação a fim de diminuir o número de acidentes com agente pérfuro-cortante, segundo informações da CIPA do Hospital.

Na observação I, pergunto sobre o paciente que tentou ‘passar a mão’ na auxiliar. As funcionárias comentaram que

| |
|--|
| 02/05/2008 - Era um paciente “bêbado”, já foi transferido para albergue, não sabemos se por conta do ocorrido porque num caso como esses, primeiro o paciente é orientado, no caso de orientação não funcionar passamos o caso para a enfermeira da turma que é quem toma as medidas, mas geralmente elas transferem o paciente que causa problemas sem falar com a gente o que vai fazer. |
|--|

Vemos explicitação da situação de solução de um conflito que teve provável encaminhamento das chefias imediatas e cuja solução não é comunicada a quem sofreu diretamente a ofensa e abuso por parte do paciente. O enunciado indica que quando o paciente causa problemas, as providências tomadas em relação a ele são enérgicas, no caso deste paciente que tentou molestar a funcionária foi adotada transferência para albergue. Mesmo com a situação que causou, ele não deixou de receber atendimento, foi encaminhado para ser tratado em outro local, resguardando a funcionária de ter de cuidar dele.

3.1.4 - Construção do referente “obras de reforma no local de trabalho”

O *layout* do primeiro andar, no qual está instalado o Pronto-Socorro e a Sala de Medicação, foi totalmente modificado após a reforma referida pelo prefeito na entrevista dada. Os setores chamados de Observação I e II

⁷¹ Advérbio que modaliza uma condição provável; os advérbios são operadores lexical da modalização apreciativa ou avaliativa.

encontram-se em reforma para melhorar as condições de internação e aumentar o número de vagas para internação; a reforma foi feita primeiro na sala de choque e UTI semi-intensiva, Observação I e II foram fundidas em uma só enquanto a I está em reforma; por tal motivo, há pacientes no corredor da Observação I bem como na Sala de Medicação: enquanto não são abertas vagas nos andares ou encontradas em outros hospitais públicos, o atendimento e internação são feitos, não há recusa de paciente e o tratamento e atendimento são feitos por vezes de maneira até improvisada. Os profissionais presentes lidam para que a continuidade do atendimento seja e permaneça garantida.

Somado ao grande número de atendimentos diários, à implantação do AMA (Atendimento Médico Ambulatorial – programa da Secretaria de Saúde em postos de saúde e ambulatorios de hospitais) cujas medicações são encaminhadas para a Sala de Medicação do Pronto-Socorro, a reforma da Observação I veio a trazer uma carga de trabalho maior aos funcionários do campo observado; os enunciados que seguem mostram duas situações: a de trabalhar em um local que está sendo reformado e em que os pacientes são alocados no único espaço disponível e o sentimento dos pacientes em relação ao “improviso” no atendimento, que não cessa.

A auxiliar Milena se vê um pouco confusa com o ritmo do trabalho, parada em frente à “mesa” e diz:

| |
|--|
| 26/04/2008 - “nem eu sei mais o que eu to fazendo aqui... tem hora que a gente tem que parar... deixa eu ver por onde eu começo” |
|--|

E foi limpar a pia. Era um dia no qual o número de atendimentos já tinha passado de 500, média acima de um dia normal. Lacoste (1998:19), ao falar do princípio do “caráter local e situado” da fala na atividade, aponta que “*A planificação, como mecanismo mental, organiza até certo ponto os comportamentos, mas não é suficiente para dar conta deles em seus detalhes.*”

O ritmo de trabalho faz com que Milena se confunda em suas tarefas; Santiago tem de colocar um biombo para um paciente urinar porque era a única maneira de manter a privacidade dos pacientes sob internação. Ângela se vê com três internações para providenciar e alocar os pacientes ali mesmo na Sala de Medicação.

O enunciado de Milena vem na forma de dúvida do que deve fazer, enquanto Santiago e Ângela nada enunciaram; mesmo assim suas atitudes refletem a necessidade de tomada imediata de medida para uma solução: a de Santiago para que o paciente não urinasse na presença de duas senhoras e a de Ângela com a preocupação de onde alocar três novos internos na Sala de Medicação, pois como já se disse, os pacientes não são recusados e o atendimento não pára.

A paciente cuja maca estava sob os terminais de oxigênio para inalação liga para algum familiar e comenta:

| |
|---|
| 30/04/2008 - “deve ter uns 50 aqui dentro comigo” |
|---|



Figura 11 – Maca com paciente sob terminais de oxigênio

Na imagem acima, nota-se uma maca posicionada sob terminais de oxigênio. A paciente internada na referida maca (imagem captada durante ausência da paciente, para preservar sua identidade), mostra-se de alguma maneira perplexa pela quantidade de pessoas internadas, o número nesse dia específico não chegava a cinquenta, mas passava de quinze.

De Fernanda para Teodora:

30/04/2008 - “sabe quando têm aqueles filmes de guerra com aquele monte de ferido? Aqui tá passando ao vivo, se aqui tiver guerra a gente já tá treinado.”.

Em um espaço de aproximadamente 5m x 5m havia seis macas. O diálogo entre as funcionárias compara a situação de trabalho dentro da Sala de Medicação daquele período de observação a um campo de refugiados e feridos de guerra, e ainda revela que Fernanda se julga preparada para o caso de uma guerra. A situação descrita não seria a mesma se o Hospital não estivesse ainda em reforma; a adequação ainda que improvisada de leitos é necessária durante a reforma, mas tal situação gera sobrecarga de trabalho e condições não ideais para alocação de enfermos. Ainda assim, o atendimento não pára.

O médico neurologista entra na Sala de Medicação pedindo que o paciente epilético, que estava inquieto e tentava retirar o acesso, fosse colocado numa maca, ao que Regiane responde:

30/04/2008 - “Que maca Doutor, que maca? Maca aonde? Todas as macas disponíveis já estão com pacientes internados, não tem mais”.

O enunciado de Regiane mostra a consequência do trabalho em situação de reforma do andar: falta de material adequado, não há espaço para camas hospitalares, o que faz com que os pacientes sejam internados em macas; com o número elevado de pacientes, as macas, cuja finalidade é de transportar pacientes, acabam por virar leitos e há falta de macas tanto para transporte de pacientes quanto para internação. Situação difícil para ser gerida e que teria solução apenas com a ocorrência de alta ou transferência de paciente, que ocorreu após decorrido algum tempo, quando o paciente já havia se evadido, acompanhado da esposa.

O atendimento é constante: ainda que tendo de adequar-se à precariedade das condições de reforma, não cessa. A observação de campo mostra um pouco de como se trava a cada dia a luta pelo bem estar e manutenção da vida de pacientes, e os protagonistas observados e entrevistados mostram discursivamente como esse trabalho é feito, a implicação que tem para suas vidas profissionais, pessoais, sua própria integridade física e mental.

3.1.5 - PA, TCE, Mal de Alzheimer, Cianótico: a doença tem nome

O trabalho de enfermagem é uma atividade técnica e como tal tem código linguageiro próprio, referido por meio de abreviaturas como PA para pressão arterial, EDA para endoscopia digestiva alta. Esse vocabulário é compartilhado por outros profissionais do setor de saúde e não restrito ao ramo de enfermagem: é usado por médicos, psicólogos, assistentes sociais que trabalham em hospitais e outros profissionais cuja formação discursiva seja a da Saúde.

Entre si, os profissionais conversam usando o léxico técnico, mas com os pacientes os termos usados são os não abreviados, e durante as observações de campo foi notado que os termos médicos são explicados aos pacientes, como por

exemplo, que glicemia é o açúcar no sangue, cálculo renal é pedra nos rins e outros similares.

Nos fragmentos a seguir veremos o uso de alguns termos componentes do léxico técnico de enfermagem e alguns deles “traduzidos” para leigos:

| |
|--|
| 14/04/2008 - “Ô Rose, o pessoal de Enfermagem morre tudo de Alzheimer ⁷² ”. |
|--|

A referência da protagonista ao Mal de Alzheimer relacionado ao exercício da enfermagem faz aparente menção à demência provocada pela tensão do trabalho. É uma menção ao coletivo de trabalho, uma vez que “o pessoal de enfermagem” engloba tanto a equipe daquela Sala de Medicação como toda uma categoria profissional. A protagonista produtora desse enunciado é uma profissional de enfermagem e por meio desse enunciado insere-se na situação de poder morrer de Alzheimer.

Observo em uma maca, na papeleta de identificação do paciente, no lugar do nome. A inscrição “HD TCE”, a sigla TCE já me era conhecida: traumatismo crânio encefálico, mas HD não. Pergunto a Ângela seu significado, e ela me pergunta onde eu tinha visto isso, indiquei a maca do paciente, ela correu para arrancar a identificação e colocou no lugar a inscrição “neuro”, para indicar que era um paciente da clínica de neurologia. Perguntei a ela o que havia acontecido ao que ela explicou:

⁷² “Mal de Alzheimer”, doença degenerativa que atinge idosos a partir dos 65 anos e por atingir funções como raciocínio e memória, muitas vezes é interpretada como “demência” ou “caduquice”; a origem da doença é desconhecida mas sabe-se que há relações com o acúmulo de estados nervosos, motivo provável da referência por parte da protagonista.

24/05/2008 - “o diagnóstico não deve ser revelado, apenas ao paciente e seus familiares.” Pergunto ainda sobre a sigla HD e esclareço que já sabia o que era TCE, ela me pergunta o que era para certificar se eu sabia mesmo, quando respondi “traumatismo crânio encefálico” Ângela sorriu e respondeu que HD significa “hipótese diagnóstica”, “isso não pode de jeito algum estar aí exposto.”

Notamos não apenas o conhecimento técnico referente à profissão, mas o conhecimento ético sobre respeito e preservação do estado do paciente.

Por volta de 18:20h do dia 12/04/2008, chegou um paciente desfalecido, um rapaz aparentando menos de 25 anos, muito pálido, com os cabelos e roupas molhadas de suor e com temperatura corporal baixa. Enquanto uma funcionária preparava medicação, a outra foi já pegando a veia para que a colocação do soro fosse rápida, e aos poucos o paciente foi recobrando sentidos. Em certa hora olhei para o paciente, seu rosto me pareceu azul, olhei mais uma vez para ver se o problema não era meu por conta da iluminação artificial do ambiente, e não era; o paciente estava com o rosto azul mesmo, a mãe não havia percebido, chamei a atenção de Letícia para o fato, que olhou o paciente e disse:

12/04/2008 – de Letícia: “cianótico⁷³!”

E apressou-se para aplicar inalação; Letícia adotou o procedimento imediatamente, em alguns minutos o paciente deixou de ter a pele azul. Letícia usou o termo, segundo explicação posterior, porque também se assustou ao ver o quadro do paciente que não havia chegado apresentando coloração azul. Tratava-se de uma urgência de atendimento, o que a preocupou bastante, disse ainda não se

⁷³ De acordo com o dicionário eletrônico Houaiss, cianótico é quem sofre ou sofreu de cianose, e cianose é coloração azul violácea da pele e das mucosas devida à oxigenação insuficiente do sangue e ligada a várias causas (distúrbio de hematose, insuficiência cardíaca etc.)
Fonte: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=cianose&cod=48462> – acesso em 02/10/2008 às 15h41m.)

lembrar de ter usado o termo, mas que minha indagação sobre o significado dele confirmava que o tenha dito.

Letícia enunciou o termo sem lembrar que o fez, provavelmente uma reorganização que passou pela linguagem a ponto de ser verbalizada mas de maneira inconsciente. Temos não apenas um uso da linguagem “no” e “sobre” o trabalho (con)fundidas, mas uma renormalização na qual a norma instrui encaminhamento do paciente ao médico, um uso de si por si e pelos outros, pois, por meio de seus saberes investidos e instituídos, Letícia tinha conhecimento de que este seria o procedimento que o médico prescreveria, mas em nome do “cuidado ao paciente” que se fazia urgente naquele momento, tomou a atitude que julgou acertada naquela hora. Consta do CBO que uma das funções do auxiliar de enfermagem é prover suporte respiratório ao paciente, mas, segundo Letícia, sempre por prescrição médica.

Se fosse solicitado a Letícia que descrevesse passo a passo essa tomada de decisão, ela talvez não o conseguisse, o que nos remete a situações já citadas: a parte do trabalho que é indizível e a reorganização que passa pela linguagem, mas que nem sempre a linguagem dá conta de descrever.

Muitas vezes as tomadas de decisões são rápidas e aparentemente inconscientes, assim como as representações mobilizadas (físicas, técnicas e intelectuais), pois se pedíssemos descrição delas estas não nos seriam dadas no momento, somente mais tarde, tendo pensado e analisado os conflitos e suas atenuações as atitudes do sujeito seriam explicadas por ele.

3.2 - DISCURSOS “NO” TRABALHO

tá doida? comer de três em três horas se tem dias aqui que eu esqueço até de comer e nem ir no banheiro eu consigo? - Regiane

No trabalho, os temas abordados nos diálogos durante os horários de expediente são variados: o programa da TV para quem dispõe de tempo para assisti-lo; moda, qualidade de vida, emagrecimento, maquiagem, aniversário de colegas e vários outros, além do próprio trabalho. Podem ter o componente material do trabalho como base, como, por exemplo, a disponibilidade de leitos para alocar pacientes, mas não abrangem apenas o trabalho, deixando de ser apenas “sobre” e passando a ser também “no” trabalho. Na análise dos discursos “no” trabalho, foi feita a divisão que se segue.

3.2.1. Diálogos entre protagonistas.

Em uma situação de trabalho em que o objeto é o outro, a atividade é permeada por interações languageiras, ora com o paciente e com os colegas, ora com médicos e com familiares e até mesmo com o observador presente:

| |
|--|
| 17/03/2008 - Ao se aproximar a hora do almoço (por volta de 11:00) a Enfermeira Ângela começou a perguntar: quem vai almoçar às onze? Quem vai ao meio-dia? Quem vai às treze horas? |
|--|

O horário de almoço não é pré-estabelecido na escala de trabalho, ele é combinado entre os funcionários, e a enfermeira apenas auxilia na escolha dos horários para que não haja desentendimento. A tomada de decisão quanto à hora do

almoço é coletiva, a enfermeira interpela seus funcionários por meio de perguntas diretas.

Em outro diálogo, as funcionárias conversavam sobre emagrecimento e uma delas, do setor de vacinação, disse à Enfermeira Regiane:

25/03/208 - “pra emagrecer, você tem que comer de três em três horas”, ao que Regiane respondeu: “tá doida?, comer de três em três horas se têm dias aqui que eu esqueço até de comer e nem ir no banheiro eu consigo?”

O enunciado acima revela o efeito da sobrecarga de trabalho: “*tem dias que eu esqueço até de comer e nem ir ao banheiro eu consigo*”. Notamos ainda o “você” genérico, pois “*comer de três em três horas*” é um hábito indicado em várias dietas para várias pessoas, não exclusivamente a Regiane.

Foi uma resposta reveladora das consequências físicas de uma rotina e carga de trabalho que exigem do trabalhador mais do que o corpo-si por completo, comprometendo mesmo suas necessidades básicas: alimentação, excreção, repouso, cuidados com a saúde.

A respeito da situação mostrada no enunciado de Regiane, Lacoste (1998:17) descreve que

Entre as conversações da vida privada e as falas de ação imediata, há lugar para toda uma gama de comunicações de trabalho ligadas a dimensões como a memorização, a mudança, a aprendizagem, a avaliação e o controle, o confronto de objetivos e de valores, a organização e as condições do trabalho. Essa bipolarização entre o funcional e o social, no entanto, exclui tudo o que no trabalho não é considerado tarefa, mas se inscreve na atividade da fala.

3.2.2 - Diálogos com pacientes e familiares

Em vários momentos da observação de situação de trabalho, o trabalho de enfermagem foi referido principalmente como “o cuidado ao outro”, cuidado este que foi adjetivado como “incondicional” e “integral” pelos protagonistas. Há mais detalhes no cuidado ao paciente, revelados nos enunciados coletados, que indicam sentimento de humanidade, compaixão com a situação de doença que levou esses pacientes a um serviço de atendimento médico de urgência, como vemos a seguir.

Zuzu demonstrava ótimo humor apesar do dia tumultuado; neste diálogo com a pesquisadora, foi-lhe perguntado como ela fazia para em um dia como aquele e àquela hora (quase final do turno) estar de bom humor ainda, ao que respondeu:

| |
|---|
| 26/04/2008 - “Olha, pensa no paciente, ele chega aqui ruim, porque ninguém vem pro hospital se está bom, ele chega aqui, pega a gente de mau humor, ele merece? Não! Então, a gente tem que estar de bom humor!”. |
|---|

Na expressão “pensa no paciente”, notamos sentimento de empatia e de injunção marcada pelo verbo imperativo “pensa”; em “ninguém vem para o hospital se está bom, ele chega aqui, pega a gente de mau humor, ele merece? Não!” notamos a preocupação com o estado afetivo do paciente, preocupação esta que não é individual, é coletiva e se mostra quase como uma obrigação em “... a gente tem que estar de bom humor!”.

Uma acompanhante de paciente me pede ajuda para conseguir falar com a Assistente Social para que a situação de sua mãe fosse decidida, dizendo

que o tratamento que o médico adotou é o mesmo que é feito em casa, e que, sendo assim, não precisava internar para fazer o que se faz em casa; indiquei a ela a enfermeira Regiane e expliquei que minha situação ali era de pesquisadora, que a pessoa ideal para dar encaminhamento a seu pedido era a enfermeira. A acompanhante vai até Regiane e faz a mesma solicitação, e Regiane esclarece:

30/04/2008 - Sua mãe está aqui porque tem muita secreção no pulmão, aqui ela está sendo medicada e observada, se precisar de inalação a gente tem aqui, se a senhora levar ela pra casa, pode ter que trazer de volta no mesmo dia porque ela pode ter pneumonia se o cuidado⁷⁴ devido não for dado e aqui a gente tem condição de dar esse cuidado.

Regiane, ao mesmo tempo em que citou o risco, informou que o cuidado prestado à mãe da solicitante ali no hospital seria mais adequado que o cuidado domiciliar. O termo “cuidado”, que descreve o trabalho de enfermagem, ou seja, fala “sobre” o trabalho, é inserido nessa fala “no” trabalho e tem nessa situação um caráter metalingüístico. Há mais um detalhe a ser comentado: explicar sobre o possível agravamento seria papel do médico, mas foi desempenhado por Regiane, cena que vai ao encontro da descrição já feita da enfermagem, na qual o “conversar com o paciente” se faz característico.

Por volta de 18:00h, a esposa de um paciente dirige-se a Graça queixando-se de falta de atendimento médico a seu marido, argumentando que até aquele momento o marido recebera apenas almoço e nada além disso; não havia sido medicado nem recebido visita do médico nem cuidados da enfermagem; Graça explica:

⁷⁴ Grifo da pesquisadora.

06/05/2008 - Seu marido está aqui provisoriamente, ele será operado e depois transferido para a clínica cirúrgica no 7º andar, se ele não recebeu medicamento é porque o médico não prescreveu; a ordem para que ele seja levado ao centro cirúrgico virá do médico, qualquer dúvida sobre o tratamento, medicação e cirurgia de seu marido deverá ser esclarecida com o médico.

A acompanhante aceitou a explicação e agradeceu. Antes de ir embora, minutos depois, perguntou se o marido seria bem cuidado, ao que Graça respondeu:

06/05/2008 - “no que depender da gente aqui, sim”,

Um estado de irritação que foi abrandado com uma explicação simples, com um pouco de atenção por parte de Graça. Mais um exemplo da carência social que ultrapassa a saúde e passa a ser pessoal e que não está previsto nas prescrições: um pouco de atenção, educação e sorriso por parte de Graça resolveu o aparente impasse.

Notamos recorrência da assunção do papel do médico pela auxiliar de enfermagem. Graça esclarece que não poderia dar explicações que cabem ao médico dar e mais uma vez mostra que cuidar do paciente é função dos funcionários ali do setor e tranquiliza ainda a acompanhante dizendo que o paciente seria bem cuidado. Notamos, na maioria dos enunciados que se referem ao coletivo de trabalho bem como à relação enfermagem – paciente – família do paciente, o uso constante da primeira pessoa do plural, indicação de que a equipe partilha de vários conflitos e situações ocorridas no trabalho.

Graça demonstra solidariedade e empatia. O efeito de sentido dessa “cena” indica que Graça abandona por instantes seu papel de auxiliar de

enfermagem para ser agora uma pessoa que presta informações na tentativa de dar conforto à acompanhante preocupada com o marido.

Outro detalhe relevante de ser comentado: a partir do momento em que recebe algum tipo de informação, de atendimento à sua solicitação, mesmo que o resultado não lhe seja satisfatório e o que realmente esperava – levar o paciente acompanhado de volta para casa – o familiar muda de comportamento, que passa de agressivo e ameaçador para concordante. Uma simples informação muitas vezes basta para tranquilizar e amenizar a situação de conflito, com a qual os protagonistas observados lidam em seus turnos de trabalho. A linguagem aqui desempenha, pois, papel fundamental na amenização de conflitos “no” trabalho, como mostram os dois excertos acima comentados.

3.3 – O INTERDISCURSO PRESENTE NOS ENUNCIADOS

O interdiscurso está relacionado ao aspecto históricossocial do enunciador. Nos fragmentos de relatos analisados, veem-se com clareza essas ligações. O atendimento no Pronto-Socorro e Sala de Medicação é feito a pessoas de níveis sociais e de instrução variados. Todos esses detalhes somados influenciam o modo pelo qual os profissionais conversam com os pacientes, com os médicos e entre si.

Retomando de Maingueneau o primado do interdiscurso sobre o discurso, em que todo discurso nasce em situação de troca e recorrência a outros discursos, nos enunciados examinados é perceptível o recurso pelos profissionais de enfermagem aos discursos oriundos:

- Da formação profissional, tais como as abreviaturas para sintomas, procedimentos e principalmente a explicação a cada paciente sobre o que o médico prescreve e as finalidades daquela prescrição e não de outra; e
- Da instituição, principalmente na voz de Helena, que bem mostra essa representação ao dizer “*caiu AQUI o paciente é nosso*” e Regiane que mostra a capacidade de atendimento esgotada naquele momento em que responde ao médico “*que maca doutor? Que maca? Não tem mais maca, as que tem já estão com pacientes internados*”, a falta de maca era um indicativo do excesso de atendimentos no Pronto-Socorro, em nome de quem Regiane responde ao médico. Regiane ao responder à pergunta desencadeadora, carrega em sua resposta o discurso da prescrição para o trabalho, tanto que enumera as tarefas e usa verbos no infinitivo, dando o efeito de estar a repetir a prescrição: “*assistir o paciente realizando o plano de cuidado, atender às emergências, realizar internações, transferências e altas*” tem conotação social e os discursos são marcados por essa função.

Discursos de várias formações e campos discursivos são integrados aos enunciados mostrados, o que confirma o primado do interdiscurso sobre o discurso; esses discursos “nasceram” em concordância e confronto com outros já existentes e se desenvolveram num dado espaço discursivo, mostrando o dinamismo das relações discursivas que Maingueneau aponta.

- De experiências de vida do sujeito. Mara relatou que quando chega algum doente portador da doença que levou seu pai a óbito, ela só atende se não houver mais ninguém que possa fazê-lo porque lidar com a doença que vitimou seu pai lhe traz lembranças e sensações ruins. O “*comer de três em três horas para emagrecer*” é externo ao trabalho; quando Regiane responde não ter tempo para tal por há dias em que nem ir ao banheiro consegue, a resposta é introduzida para a situação de trabalho.
- De assuntos diversos, nem sempre relativos ao trabalho, mas usados nele, como Mara sugerindo à paciente melhorar para aproveitar as coisas boas da vida.

Na resposta de Helena à pergunta desencadeadora, temos vários discursos: o da prescrição “*nosssa função aqui é cuidar do paciente*” que ao mesmo tempo resume seu trabalho; o da Instituição “*a partir do momento que entra aqui, o paciente é nosso*”, o termo aqui se refere ao próprio Pronto-Socorro; o da formação profissional “*o que tivermos que fazer, faremos; desde uma simples aspirina VO até dar banho e alimentação para quem não pode se alimentar sozinho, nosso atendimento é incondicional*”, o do imprevisível da rotina de trabalho ⁷⁵; e o da função social “*até dar banho e alimentação para quem não pode se alimentar sozinho*”, função social sempre presente dos enunciados vindos de Helena, que ainda fala por si e pelo coletivo de trabalho em “*a gente faz*”. Retomando Amossy neste fragmento, chamo a atenção para o fato de o discurso em primeira pessoa do plural mostrar a voz do coletivo de trabalho por meio de uma enunciativa, Helena.

⁷⁵ A inantecipável e o imprevisível em situação de trabalho são focos da Ergologia.

Mesmo que o campo discursivo seja naturalmente o da saúde e do cuidado para com o outro, os enunciados em situação de trabalho dos profissionais de enfermagem observados não se limitam a esse campo; vão para a formação profissional, refletem a prescrição do trabalho e dos seres humanos que ali o executam etc..

3.4 - A CENOGRAFIA

A cenografia nesta pesquisa apresenta-se na forma da expressão do trabalho feito na Sala de Medicação de um Pronto-Socorro por protagonistas que são profissionais de enfermagem. É a construção desse trabalho e seus objetos (o paciente, o médico, as colegas e a hierarquia) mostrado por meio da enunciação, não de um ou outro sujeito em particular, mas de um coletivo de trabalho; a expressão de um trabalho mostrada pelo coletivo que o realiza.

Um dos processos por meio dos quais o enunciado se legitima na cenografia é a retomada de cenas validadas, presentes na memória das comunidades. É um fato histórico que as doenças no período pré-cristão eram consideradas um “*castigo de Deus*”; para a solução de um problema religioso, os procedimentos eram aplicados por religiosos: sacerdotes e feiticeiras (GUIMARÃES, 2008:3).

O cuidado ao outro, arte e finalidade do exercício de enfermagem, praticado historicamente por mulheres (apesar da grande presença masculina hoje na profissão, a predominância continua sendo do gênero feminino) remete a algumas cenas validadas: à mãe que cuida da criança, à Santa evocada em orações e pedidos de ajuda, à Nossa Senhora recobrando com seu Sagrado Manto os enfermos, aflitos e desesperados e os que por ela clamam na hora da morte para

que os livre do mal, o que mostra a presença da busca da religiosidade para alívio da dor e cura da doença

Apesar de todo estereótipo negativo impresso ao trabalho de enfermagem – tanto o ser executado na esfera pública criticada nas mídias como o ser objeto de fantasias eróticas que envolvem a “enfermeirinha de sainha curta –, a imagem atribuída à mulher enfermeira ainda é relacionada à santa que salva. Em “Argumentation, situation de discours et théorie des champs : l'exemple de: Les hommes de bonne volonté (1919) de Madeleine Clemenceau Jacquemaire” (AMOSSY, 2006), há o relato sobre um soldado desenganado que presenteou com sua medalha de *honra ao mérito* a enfermeira que lhe aplicava cuidados; junto com o presente, a transferência da *honra ao mérito* é acompanhada do comentário: “*Devo-te tanto!*”

Em leito de morte, no lugar de clamor às Santas, esse soldado santificou sua enfermeira com seus próprios méritos, materializados em uma medalha. A cena validada assemelha-se ao quadro do *motoboy* derrubado que teve crise de choro ao avaliar que podia estar morto naquele momento, a quem Letícia acalmou com um “*já passou, você tá bem agora, senta aí e descansa um pouco*” e depois recebeu o comentário “*ano que vem, neste mesmo dia, vou fazer um bolo de aniversário e vou trazer aqui pra comemorar com quem tá me ajudando hoje*”.

A cenografia construída em ambas as situações é de homens que, sentindo a morte de perto, resolvem celebrar a vida presenteando suas cuidadoras, materializando sua gratidão, situação que remete à outra cenografia e cena: o presente de Natal, o presente trocado entre aqueles que crêem em Cristo e em cada Natal celebram o (re)nascimento. Cristo é igualmente lembrado e evocado em momentos de doença e morte. Alguns recorrem às Santas, outros recorrem a Cristo, outros presenteiam celebrando a vida, mesmo quando no fim dela.

O cuidado da enfermagem não se restringe ao cuidado no leito de morte, mas é principalmente auxiliar na manutenção da vida e preservação da espécie humana. Nesse sentido, o material analisado tem como cenografia a preservação da saúde, o bem estar e a qualidade de vida. Retomo de Mara o enunciado dirigido à paciente diabética, suas indicações para pensar “*em festa, em passeio, em pensar e andar, em tudo de bom que tem no mundo pra gente se divertir*”.

Em nome dessas vidas, nos discursos dos protagonistas observados construiu-se a cenografia do cuidado e da preocupação com cada paciente, uma vez que cada atendimento é singular, também coletivamente, uma vez que *paciente*, mesmo no singular, designa o público atendido em hospitais, cujo estado de ânimo é preocupação de Zuzu quando responde que “... *ele chega aqui e pega a gente de mau humor, ele merece? Não! Então a gente tem que estar de bom humor*”. Nessa cenografia de cuidado e preocupação, o bom humor entra como componente obrigatório – *tem que estar de bom humor* – na avaliação de Zuzu

A cena englobante corresponde ao discurso da saúde (esclarecimentos sobre doenças, como evitar algumas e como conviver com outras são dados aos pacientes) e ao discurso de caráter psicológico (a linguagem usada para abrandar conflitos causados por pacientes e acompanhantes, proporcionar melhor estar aos que chegam enfermos). A cena genérica corresponde ao gênero “discurso espontâneo”, ainda que pequena parte venha do gênero “entrevista” e embora os protagonistas soubessem estar sendo observados.

A topografia discursiva é o *local do trabalho em que o imprevisível sempre ocorre* e o *local do cuidado*; a cronografia discursiva é o *tempo do trabalho imprevisível* e o *tempo do ‘cuidado intensivo e incondicional’*. Cronografia e topografia se (con)fundem e remetem ao empírico que se aproxima do discursivo.

O cuidado das mulheres/Santas, a celebração da vida, manutenção da saúde, do bem viver e com qualidade, a preocupação dispensada ao paciente são a cenografia que se permite construir a partir dos enunciados analisados. Em certa medida, o que vem a seguir, *ethos* do coletivo de trabalho, se assemelha à cenografia, da qual o *ethos* não se dissocia.

3.5 - O *ETHOS* DO COLETIVO DE TRABALHO

A noção de *ethos* coletivo nesta pesquisa será aplicada em oposição ao *ethos* individual, uma vez que a equipe de protagonistas observados partilha da mesma formação profissional, do mesmo espaço da mesma situação de trabalho e das mesmas intempéries.

Como visto por meio dos enunciados, o *ethos* coletivo é mostrado, muitas vezes, por um enunciador que fala em primeira pessoa mas não em nome de si próprio, mas esse “eu” é o representante de um coletividade, de uma Entidade Coletiva Relativamente Pertinente (Schwartz).

Os fragmentos a seguir ilustrarão as situações com que profissionais de enfermagem deparam em seus turnos e cujos relatos evidenciam o *ethos* que se mostra coletivamente nos enunciados, o corpo que se forma, o tom usado, entre outros detalhes.

25/03/2008 - Algumas funcionárias conversavam sobre emagrecimento, uma delas, disse à Enfermeira Regiane: “pra emagrecer, você tem que comer de três em três horas”, ao que Regiane respondeu: “tá doida, comer de três em três horas se têm dias aqui que eu esqueço até de comer e nem ir no banheiro eu consigo?”

26/04/2008 - Milena se vê um pouco confusa com o ritmo do trabalho, parada em frente à ‘mesa’ diz: “nem eu sei mais o que eu to fazendo aqui... tem hora que a gente tem que parar... deixa eu ver por onde eu começo...” e foi limpar a pia.

06/05/2008 - Luiz Henrique comenta: “ó, são quase dezoito horas, as pernas doem; quando dá dezenove horas, a gente não tem mais perna nem pra ir embora”.

A situação de cansaço demonstrada nos depoimentos é tão grande que os funcionários às vezes perdem a noção do que fazem, conforme verbaliza Milena, ou faz desejar que o horário da refeição possa chegar logo para se sentarem um pouco, conforme verbaliza Letícia. O *ethos* mostrado é do trabalho fatigante e do cansaço físico.

No diário de enfermeiras da Guerra examinado por Amossy, há uma passagem na qual é contado o cansaço de enfermeiras que ajudavam a recolher soldados feridos, colocá-los na ambulância e depois a levá-los às enfermarias. Essas enfermeiras narram longa duração de tempo na execução dessa tarefa e a falta de permissão para o descanso enquanto houvesse feridos a transportar. O “trabalhar apesar do cansaço” é comum em ambas as situações (as enfermeiras voluntárias na Guerra e os protagonistas na sala de medicação) e o *ethos* depreendido desses sujeitos cansados é o da responsabilidade, pois em momento algum há enunciados nos quais seja esboçado o desejo de não cumprir a função.

No referido diário, a imagem mostrada pelas enfermeiras contribui para a valorização das mulheres nessa função voluntária e mostra sua capacidade de exercer funções militares, o amor à Pátria e a solicitude em relação aos combatentes e comisseração com a dor (física e moral, no caso de amputados) perante a morte. São mulheres que aprenderam a superar a dor, inclusive as próprias e exercer funções para as quais não foram treinadas mas que apreenderam tanto a técnica do cuidado quanto o vocabulário militar. Sacrificadas e atentas ao bem estar dos feridos, que por elas são relatados como “pequenos meninos”, expressão que demonstra amor materno. Não só este amor materno, mas igualmente piedade e a

presença da morte a qualquer momento tem de ser sublimados para a realização da tarefa do cuidado.

Por outro lado, o dos combatentes, em momento algum no diário consta relatos de ofensas ou interpretações de que essas enfermeiras atenderiam a esses combatentes sexualmente; o que vemos relatado é o respeito, a gratidão pelos cuidados e até um combatente que em momento de delírio causado por febre alta chama a enfermeira por “mamãe”. Em muitos momentos elas são vistas como amigas e confidentes, elos entre esses homens e suas famílias de quem esperam notícias.

O que se mostra no diário é a camaradagem e o amor maternal banindo a sexualidade feminina. O estereótipo de “enfermeiras jovens e bonitas” desaparece quando entram em cena mulheres que para conseguirem levantar homens feridos e levá-los às ambulâncias tem de ser grandes e fortes, mulheres que se deparam com mortos e grandes feridos, que usam sapatos grandes e mais pesados ainda pela presença da lama. São mulheres sem direitos civis que se tornam engrenagem importante na máquina do socorro aos feridos de guerra; o discurso no diário não se mostra sufragista ou feminista, mas um discurso que mostra o que as mulheres são **realmente** capazes de fazer. E nestes momentos de extrema violência – da dor e da morte – as falas dirigidas aos combatentes são dóceis. São mulheres modestas, com um agir nada modesto.

O cuidado ao outro é mostrado como preocupação pelos profissionais observados, o *ethos* aqui mostrado é o de “profissionais preocupados com seus pacientes”, independentemente de quem sejam estes.

30/04/2008 - Ângela comenta que até aquele horário (aproximadamente 14:45hs.) estava sem café da manhã e almoço. Entra uma paciente dizendo que só precisava fazer inalação porque tinha de voltar a trabalhar, se ia demorar apenas para uma inalação, Ângela que estava saindo para o almoço volta e prepara a inalação e comenta comigo: “Com tanto patrão intransigente que tem por aí, não vai ser por minha causa que essa moça vai ser demitida, se tá pedindo pra voltar pro trabalho e nem pediu atestado, deixa eu fazer o que ela precisa”.

26/04/2008 - Notei em Zuzu quase ao término do plantão um bom humor pouco comum para o dia tumultuado que foi; perguntei como ela fazia para num dia como aquele e àquela hora estar de bom humor ainda. Ela respondeu: “Olha, pensa no paciente, ele chega aqui ruim, porque ninguém vem pro hospital se está bom, ele chega aqui, pega a gente de mal humor, ele merece?? Não! Então, a gente tem que estar de bom humor!”.

12/05/2008 - Chegam mais presos para ser atendidos, pergunto a Teodora o que ela acha sobre ter de atender a presos e infratores, ela diz que são pacientes como quaisquer outros, “mas há alguns que encaram e isso gera tensão, a gente nunca sabe por que eles olham tanto a gente daquele jeito.”

Ângela, ainda em jejum naquele dia, atendeu a mais uma paciente antes de se alimentar; Zuzu preocupa-se com o estado moral e afetivo do paciente e Teodora não se importa se o paciente é “marginal” ou não, atende como o faz com qualquer paciente. O *ethos* de um coletivo de trabalho preocupado com o bem estar dos pacientes, dedicados e atenciosos se confirma em cada um dos enunciados acima.

A equipe de profissionais tem vários *ethé*, além do pré-discursivo. Já foi dito que o profissional de enfermagem está à mercê de toda sorte de acidentes e adoecimento no e pelo trabalho; será mostrado a seguir o *ethos* do trabalhador ofendido, agredido, humilhado em seu agir, mas que mesmo assim continua a realizar sua tarefa, uma vez que sabe que o atendimento não pode parar.

17/03/2008 - Teodora: um paciente alcoólatra com “delirium tremens” precisava ser contido, durante auxílio na contenção, o paciente chutou sua boca e lhe quebrou 4 dentes dianteiros inferiores.

25/03/2008 - Presenciei familiar de paciente entrando na Sala de Medicação e exigindo atendimento prioritário dizendo que sua acompanhada estava mal, ao que Sergio respondeu que todos ali estavam; o parente perguntou o que ele um profissional como Sergio fazia no PS, ao que Sergio respondeu que “cuidando de gente igual à sua parente” e pediu para que o acompanhante se retirasse, o acompanhante ameaça Sergio dizendo que “se eu tiver que entrar aqui porque alguém me avisou que ela tá morta, a primeira pessoa que vou encontrar aqui dentro é você” e saiu. Sergio continuou seu trabalho, mas a tensão que a situação causou era visível.

06/05/2008 - Um paciente de nome Adilson, que chama muito pelos funcionários e tumultua, cobre-se na cadeira com o lençol e é perceptível que está se masturbando, percebo mas fico quieta e desvio o olhar, Ângela se aproxima de mim e comenta: “olha lá Rose, se masturbando aqui dentro, perto dos outros e da gente, como se não bastasse o que a gente tem que agüentar aqui, ainda tem mais essa...” disse que ia ver na Observação se conseguia levá-lo para lá, pelo menos lá teria enfermaria masculina e se ele se masturbasse durante a noite, que se entendesse com os outros internos.

12/05/2008 - Entra um acompanhante exigindo que sua acompanhada fosse medicada imediatamente – estamos ainda no horário de almoço com diminuição do número de funcionários do setor – Luiz Henrique pergunta o nome da paciente e vê na ordem das fichas que ela será a próxima, o acompanhante começa a elevar o tom de voz dizendo que ela precisa ser medicada e Luiz Henrique repete ‘ela será a próxima’, o acompanhante pergunta novamente a que horas ela será atendida e Luiz Henrique dá a mesma resposta: ‘ela será a próxima’, o acompanhante sai, Luiz Henrique faz a medicação que estava em sua mão, chama pela próxima paciente, cujo acompanhante tentou criar tumulto, ele tenta entrar junto e Luiz Henrique diz a ele “acompanhante aguarda lá fora”. Este tipo de interrupção do trabalho além de gerar tensão no trabalhador e no ambiente – risco moral – ainda atrapalha o bom andamento do serviço e a qualidade no atendimento.

02/05/2008 - Volto à Observação, uma das auxiliares me pede para que relate que na enfermaria masculina há um paciente que tenta ‘passar a mão’ nas

mulheres e que por causa disso remanejaram um Auxiliar masculino de um dos andares; a fala era: 'como se já não bastasse tudo o que a gente passa, ainda temos que servir de quebra-galho para paciente que a gente nem sabe quem é!'.

Aqui temos uma soma de riscos: o moral, o social e o sexual; a renormalização foi feita trazendo-se um homem para cuidar do interno abusivo, o imprevisto foi de alguma forma superado, mas a indignação das funcionárias é um prejuízo grande, a ponto de esperar por esta pesquisadora e solicitar que o fato seja anotado e colocado neste trabalho.

Retomando o diário de enfermeiras da Guerra, observa-se certa perda de feminilidade dessas voluntárias no sentido de suas capacidades de cumprir as funções até então delegadas aos homens. No trabalho de resgate dos feridos, há relatos de senhoras que contam sobre seus calçados sujos e pesados de lama, o que contraria a imagem da mulher vaidosa e arrumada. Essa certa perda de feminilidade garantia-lhes o respeito por parte dos soldados de quem cuidavam, que viam nelas ou pessoas semelhantes e eles ou a imagem da mãe a cuidar do filho a todo custo. As enfermeiras do diário não mencionam ter sofrido o assédio moral que algumas das protagonistas desta pesquisa relataram.

Os comentários como *'já não chega o que a gente tem de passar e ainda vem mais isso'* evidenciam por si só um *ethos* de profissionais expostos a ofensas, desacatos e maus tratos, que estão na linha de frente do atendimento e por isso mesmo acabam tornando-se receptáculos de reclamações, ofensas e ameaças, sendo tratados de maneiras impróprias com que nunca tratam os que lá chegam.

Os fragmentos a seguir esboçam desqualificação e ofensas comuns a funcionários de linha de frente da saúde pública e reforçam a idéia de *ethos* do trabalhador que, ofendido em seu fazer, dribla o imprevisto e garante para que a

continuidade do atendimento não seja quebrada, independentemente de seu estado moral e de ânimo após a ofensa recebida:

30/04/2008 - Ocorreu clima de revolta por parte dos funcionários do PS, tanto auxiliares quanto os funcionários da zeladoria, que fizeram reclamação coletiva à ouvidoria do hospital pelo seguinte motivo: o escolta da Polícia Civil que levava um preso para ser atendido pelo médico disse a seguinte frase para o preso na frente dos funcionários: “quando você ‘tiver’ solto e ver alguém de branco na tua frente mata tudo!”.

26/04/2008 - (“...”) entrou uma acompanhante de paciente aos berros: “nem parece que na veia de vocês corre sangue, deve correr é merda na veia desse monte de ‘filha da puta’ que tem aqui dentro, é isso que ‘cês” são, uma cambada de ‘filha da puta”. Diante da atitude da acompanhante, a enfermeira Regiane interveio dizendo: “pronto, você já está satisfeita? Já deu seu showzinho e já conseguiu chamar atenção? Então agora espera lá fora que é de onde você não devia ter saído e deixa que nosso trabalho a gente faz aqui dentro, deixa que dele a gente cuida, pode sair!”, sem gritar nem alterar o tom de voz, a acompanhante saiu, Regiane se voltou para mim e disse “Ô Rose você anotou isso né?, por favor, coloca isso no seu texto que é pra todo mundo saber o que a gente passa aqui dentro”; nesse momento Regiane mostrou irritação.

Maingueneau, ao descrever o *ethos*, fala em tom, caráter e corporalidade como representação do corpo do enunciador: o corpo que aqui toma forma é o corpo de trabalhadores às vezes exaustos e que vencem o cansaço em nome do “fazer”; é o corpo ofendido algumas vezes em seu fazer, mas que centra seu foco no paciente que precisa e merece ser atendido segundo avaliação exposta em alguns enunciados anteriores. Conforme os excertos mostrados, o corpo aqui é aquele que tem de produzir para ao outro enunciados de bem viver, de qualidade de vida e de atenção.

Nos fragmentos selecionados, é notável que a enunciação e o sujeito que se mostra por meio dela se (con)fundem, uma vez que todo o estado de ânimo,

cansaço, preocupação com o outro, o cuidado e o “atender bem”, que vem em primeiro lugar, é mostrado pelo *ethos* e confirmado pela enunciação. Os integrantes da cena da enunciação, o tempo e o espaço discursivos e o *ethos* mostrado convergem na sua totalidade para um mesmo discurso, que se materializa tanto no tom quanto no corpo do enunciador.

O tom, na maioria das vezes, é um tom pedagógico, carregado de um *ensinar*: ensinar o porquê de cada medicamento prescrito, o porquê da observação por meia hora ou mais, ensinar o motivo da internação, o motivo da não retirada do acesso, a diferença entre o que se pode fazer sem indicação médica e o que é parte do trabalho do médico.

Os ‘elementos’ apresentados (*ethos*, cenografia, topografia, cronografia) são indissociáveis na enunciação; Maingueneau afirma que o *ethos* é uma noção discursiva que se constrói por meio *do e no* discurso e não uma imagem exterior à palavra, dado que o *ethos* está ligado a um processo interativo de influências mútuas entre enunciador e co-enunciador(es). Analisar qualquer um desses elementos implica analisar todos os outros, dada a indissociabilidade desses elementos na atividade languageira, sempre regulada por valores sociais, históricos e culturais tanto do enunciador como do co-enunciador.

Retomando a cena da enunciação, mais uma vez faz-se referência à indissociabilidade de cenografia, cronografia, topografia e *ethos*; o dito nos enunciados é bem semelhante ao mostrado pelos protagonistas enunciadorees nas cenas englobante e genérica.

O *ethos* da equipe de protagonistas mostrou ser o de profissionais dedicados, sofredores, superadores de adversidades totalmente presentes à rotina

de trabalho. Empatia, urbanidade, solidariedade e humanidade são *imagens de si* observadas e observáveis no coletivo de trabalho da Sala de Medicação.

3.6 – AS MODALIZAÇÕES

Se será o dia de hoje que vai dizer o que se tem para fazer, as modalizações mostram a maneira pela qual o enunciador diz sobre o dia, o próprio trabalho, os referentes e constituintes dele.

As modalizações indicam conhecimento do trabalho que há de ser feito (modalizações epistêmicas) assim como do coletivo de trabalho (quando deônticas, trazendo as desinências que marcam a primeira pessoa do plural), muito presente nos enunciados analisados.

Percebem-se também por meio das modalizações as peculiaridades que marcam a atividade linguageira no interior do coletivo de trabalho de profissionais de enfermagem, como por exemplo, as abreviaturas que designam doenças e medicamentos.

Nos fragmentos a seguir, será mostrado o funcionamento das modalizações; em alguns deles nota-se a presença de mais de um tipo; em outros, há a presença de um único tipo, bem marcado.

08/04/2008 - “Eu não sei Rose⁷⁶, é o dia de hoje que vai me dizer o que tenho para fazer, eu não posso te responder isso porque o dia está acontecendo”.

As modalizações assertivas ajudam na construção do sentido que é certo é que o dia está acontecendo, mas o que o dia trará como atividade de trabalho é imprevisível e indizível na modalização avaliativa do enunciado de Letícia. Em um mesmo enunciado temos dois tipos de modalização que se complementam na formação do efeito de sentido..

De Letícia para o paciente:

26/04/2008 - “vamos retirar o seu soro, o acesso ainda não porque você vai voltar no Médico, o Médico vai te reavaliar e se ele der alta, você volta aqui com a ficha com alta, assinada e carimbada pelo Médico que depois disso eu retiro seu acesso”

As modalizações presentes no enunciado de Letícia são assertivas como em “*você vai voltar ao médico*” e epistêmicas/avaliativas como em “*se ele te der alta ...*”. O paciente ter alta médica é uma situação imprecisa, pois depende de nova avaliação de seu estado pelo médico, e novos procedimentos podem ou não ser adotados.

30/04/2008 - “sem ficha com a prescrição médica eu não posso fazer nada com o paciente”, ao que a acompanhante responde: “se acontecer alguma coisa com ela, a responsabilidade é de vocês, o médico mandou eu ‘vim’ aqui primeiro” e saiu da Sala de Medicação, Zuzu olha para mim e comenta: “o pior é que a gente explica, mas ninguém entende”.

⁷⁶ Interpelação/resposta à pesquisadora pelo nome.

No enunciado acima, as modalizações assertivas são marcadas pelo verbo no presente do infinitivo como em “*sem a ficha com prescrição médica eu não posso fazer nada com o paciente*”.

02/05/2008 - Letícia conta: “no dia 16 às 19:00 haverá reunião das Chefias de Enfermagem de todos os andares e provavelmente a pauta será o jelco⁷⁷ seguro”.

No enunciado acima, Letícia modaliza incerteza/possibilidade de a pauta da reunião ser o jelco seguro; certeza só haverá, se houver, quando a prescrição a respeito da pauta for divulgada.

26/04/2008 - “nem eu sei mais o que eu to fazendo aqui... tem hora que a gente tem que parar... deixa eu ver por onde eu começo”

A asserção no enunciado de Milena “*nem eu sei mais*” modaliza incerteza quanto à tarefa que deverá executar, tarefa pela qual busca em “deixa eu ver por onde eu começo”, uma injunção de si para si mesma. Em “tem hora que a gente tem que parar” a modalização avaliativa dá o efeito de sentido da necessidade de uma pausa nas tarefas para reorganização do pensamento, lembrando Lacoste (1998:19) ao falar do princípio do “caráter local e situado” da fala na atividade, apontando, como se viu, que “*A planificação, como mecanismo mental, organiza até certo ponto os comportamentos, mas não é suficiente para dar conta deles em seus detalhes.*”

30/04/2008 - “deve ter uns 50 aqui dentro comigo”

⁷⁷ Conjunto de agulha e cateter utilizado para acesso venoso em pacientes. Após introdução da agulha metálica na veia do paciente, esta é retirada e o cateter flexível permanece em posição intravenosa.



Figura 12 – Maca com paciente sob terminais de oxigênio

Na imagem acima nota-se a maca posicionada sob terminais de oxigênio. A paciente internada na referida maca (imagem captada durante ausência da paciente para preservar sua identidade), pela modalidade apreciativa marcada pela expressão “deve ter”, mostra-se de alguma maneira perplexa pela quantidade de pessoas internadas (o número nesse dia específico não chegava a cinqüenta, mas passava de quinze).

30/04/2008 - “sabe quando têm aqueles filmes de guerra com aquele monte de ferido? Aqui tá passando ao vivo, se aqui tiver guerra a gente já tá treinado.”.

Fernanda modaliza assertivamente que está preparada para o caso de uma guerra realmente acontecer.

30/04/2008 - “Que maca Doutor, que maca? Maca aonde? Todas as macas disponíveis já estão com pacientes internados, não tem mais”.

A modalização assertiva “todas as macas disponíveis já estão com pacientes internados”, marcada pelo verbo no presente do infinitivo mostra impossibilidade de haver macas disponíveis e reforça a situação de lotação acima da capacidade de alocação.

14/04/2008 - “Ô Rose, o pessoal de Enfermagem morre tudo de Alzheimer⁷⁸”.

A modalização assertiva marcada pelo verbo no presente do indicativo “morre” com efeito de futuro do presente “e este pessoal aqui morrerá” coloca como certo o futuro do profissional de enfermagem como dementes em virtude do exercício da profissão.

24/05/2008 - “o diagnóstico não deve ser revelado, apenas ao paciente e seus familiares, pergunto ainda sobre a sigla HD e esclareço que já sabia o que era TCE, ela me pergunta o que era para certificar se eu sabia mesmo, quando respondi “traumatismo crânio encefálico” Ângela sorriu e respondeu que HD significa “hipótese diagnóstica, isso não pode de jeito algum estar aí exposto.”

Pela modalização epistêmica, indicada pelo conhecimento da abreviatura e seu significado, e deôntica, no “não deve ser revelado” do enunciado de Ângela, notamos que as abreviaturas de termos médicos inseridas na papeleta de identificação do paciente na maca – no lugar do nome, pois se tratava de um

⁷⁸ “Mal de Alzheimer”, doença degenerativa que atinge idosos a partir dos 65 anos e por atingir funções como raciocínio e memória, muitas vezes é interpretada como “demência” ou “caduquice”; a origem da doença é desconhecida mas sabe-se que há relações com o acúmulo de estados nervosos, motivo provável da referência por parte da protagonista.

paciente indigente – a inscrição “não devia estar ali” e que o diagnóstico “não deve ser revelado à outra pessoa que não seja o próprio paciente ou familiares”. Notamos não apenas o conhecimento técnico referente à profissão, mas o conhecimento ético sobre respeito e preservação do estado do paciente.

26/04/2008 - “Olha, pensa no paciente, ele chega aqui ruim, porque ninguém vem pro hospital se está bom, ele chega aqui, pega a gente de mau humor, ele merece? Não! Então, a gente tem que estar de bom humor!”.

O caráter deôntico do enunciado acima é marcado pelo verbo imperativo “pensa”; em “ninguém vem para o hospital se está bom, ele chega aqui, pega a gente de mau humor, ele merece? Não!” notamos a preocupação com o estado afetivo do paciente, preocupação esta que não é individual, mas coletiva e se mostra quase como uma obrigação em “... a gente tem que estar de bom humor!”, ou seja, isso é tomado como obrigação, indica responsabilidade e dever: o estado do paciente é tido então como responsabilidade da protagonista e estar bem para cuidar bem do paciente como uma obrigação sua.

30/04/2008 - Sua mãe está aqui porque tem muita secreção no pulmão, aqui ela está sendo medicada e observada, se precisar de inalação a gente tem aqui, se a senhora levar ela pra casa, pode ter que trazer de volta no mesmo dia porque ela pode ter pneumonia se o cuidado⁷⁹ devido não for dado e aqui a gente tem condição de dar esse cuidado.

No enunciado acima, notamos o caráter avaliativo, que se refere à possibilidade de a situação de pneumonia poder agravar o quadro clínico.

⁷⁹ Grifo da pesquisadora.

Mais que mostrar a atitude de cada um dos profissionais em relação aos seus ditos, as modalidades vistas ajudaram na construção dos referentes do trabalho desses profissionais conforme eles mesmos, demonstrando sua crenças em valores (próprios e da Instituição), o conhecimento profissional e a separação do que é dever e obrigação seus e aquilo que podem avaliar antes de adotar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das observações em situação de trabalho, dos enunciados na forma de depoimentos coletados, das matérias televisivas veiculadas e dos *ethé* depreendidos desses trabalhadores conforme se mostraram em seus discursos “no” e “sobre” seu próprio trabalho (por vezes num único e mesmo enunciado), pode-se depreender que os trabalhadores no ramo de enfermagem projetam um *ethos* coletivo de profissionais do ‘cuidado’ que necessitam de cuidado; que desenvolvem no seu cotidiano doenças freqüentes em outras profissões: hipertensão, cardiopatias, distúrbios do sono, LER/DORT⁸⁰, problemas circulatórios advindos do número excessivo de horas de trabalho em pé; excesso ou falta de apetite; sobrepeso -- entre outros.

São profissionais imersos em um trabalho cuja complexidade é mostrada nos vários momentos de renormalização e, algumas vezes, de assunção do papel do médico diante dos familiares dos pacientes. Privam-se de horas de convívio familiar em troca de horas extras ou de um segundo emprego; muitas vezes descasados porque os cônjuges não compreendem o afastamento do lar e da família; nem todos tem disponibilidade de horários para complementação dos estudos, há, ainda, os que trabalham em dois empregos e ainda fazem graduação ou pós-graduação.

As jornadas duplas de trabalho são mostradas como fatigantes e constituem risco de acidente de várias ordens; os excertos mostram que o cansaço e a predisposição ao acidente nem sempre são perceptíveis pelos doentes, familiares, pelos próprios médicos e a mídia em geral.

⁸⁰ Abreviaturas de Lesão por Esforço Repetitivo / Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho.

Um dos fatores relevantes observados é a confiança que um profissional tem no outro: se um não estiver presente o trabalho não deixará de ser feito. Retomo o diário de enfermeiras da Guerra estudado por Amossy: os discursos em primeira pessoa do singular – *eu* e *mim* - tem um efeito de polifonia que relatam não esta ou aquela voluntária, mas todas elas uma vez que compartilham do mesmo trabalho voluntário com bravura, solicitude e doçura.

Nas enunciações em situação de trabalho o uso da primeira pessoa do plural bem como a variante “a gente” forja no discurso um caráter de coesão, cooperação e solidariedade dos membros do coletivo, o “nós/a gente” invocam então uma legitimidade coletiva e não individual que se constrói no discurso de cada protagonista: “*nós temos de cuidar*”, “*nós efetivamente cuidamos*”.

As principais tensões pareceram estar direcionadas ao paciente, ao cuidado que ele merece e necessita; no caso do paciente cianótico, Letícia adotou o procedimento com base na soma de seus saberes técnicos e intuitivos que a orientaram no sentido de que, caso fosse consultar o médico e voltar com a prescrição, o paciente já poderia ter sofrido conseqüências importantes ou seqüelas irreversíveis; Mara quando se põe a dizer coisas animadoras à paciente diabética o faz no sentido de proporcionar-lhe um estado de calma; Ângela desiste do almoço para aplicar uma inalação, demonstrando empatia e solidariedade a quem só precisava de um simples procedimento para voltar ao trabalho.

Existem tensões externas, como os episódios que envolvem pessoas armadas na Sala de Medicação, infratores que “*encaram e isso gera tensão*”, e as ofensas pessoais, como a acompanhante que entra na sala e ofende os profissionais, tratando-os por “*cambada de filha da puta que tem aqui dentro... deve correr merda nas veias de vocês*”, situações que desestabilizam os ofendidos.

As construções discursivas revelam, além do trabalho realizado em equipe, o fator humano presente nas relações enfermagem/paciente/familiares.

Os protagonistas desta pesquisa mostram ter conhecimento do lugar e ordem de cada constituinte de seu trabalho; deixam claro o que é trabalho do médico, o que lhes cabe fazer em cada momento de sua tarefa, o que cabe à hierarquia imediata e superior.

No fragmento em que Graça atende à acompanhante do interno à espera de cirurgia, a divisão entre trabalho do médico/cuidados de enfermagem torna-se clara, o uso da linguagem para abrandar o pequeno conflito em situação de trabalho também afloram. Vê-se que a renormalização do trabalho ocorre em todas as situações dentro de um mesmo plantão.

São vários os riscos presentes no trabalho de enfermagem na Sala de Medicação, a qualquer momento um paciente alterado pode retirar o soro por conta e risco próprios e, com a agulha, ameaçar e até mesmo ferir de fato os funcionários; lesões de coluna ocasionados pela sobreposição de atividades como um simples banho no leito também podem ocorrer. Se esses são riscos relativos à atividade, há outros riscos que fogem da ordem física e da Segurança do Trabalho.

O *ethos* depreendido das situações de trabalho observadas remete a um coletivo de trabalho dedicado, atencioso, preocupado com o paciente, que cumpre sua tarefa com responsabilidade, que atende ao usuário/paciente com urbanidade e civilidade independentemente da condição social, pois o mesmo tratamento foi dispensado a pacientes identificados ou indigentes, acompanhados de familiares ou sozinhos e internados ou com alta médica após a medicação. Um coletivo de trabalho formado por profissionais que expandem seu papel e por vezes

assumem algumas funções do médico: conversar com pacientes e familiares para dar esclarecimentos sobre os cuidados necessários, evolução do quadro e informações semelhantes.

Depreende-se dos enunciados produzidos pela equipe que o serviço de saúde pública ineficiente criticado nos meios de comunicação de massa não é o serviço prestado por essa equipe. A mesma pessoa que os rotulou de “*cambada de filhos da puta*” retornou para agradecer à equipe após melhora e alta de seu familiar. As críticas lançadas pela imprensa dificilmente são reftomadas no sentido de esclarecer à população que “*à época da reportagem foi denunciada tal situação mas a encontrada hoje é diferente*”. A população fica sem saber que na Sala de Medicação do Pronto-Socorro do Hospital Tatuapé há uma equipe de enfermagem que se mostra aplicada e preocupada com cada um de seus pacientes; apesar do setor estar em reforma e internos estarem inadequadamente acomodados, o atendimento tem continuidade e é feito com dedicação por cada um dos profissionais de enfermagem.

Cito ainda o que não há como ser descrito por meio da linguagem verbal: suspiros aparentemente cansados; olhares carinhosos e sorrisos para os pacientes na hora de explicar o procedimento a ser adotado a partir da prescrição médica; os raros momentos de descontração e clima de brincadeiras entre os colegas; sinais de cansaço como olhos vermelhos; sorrisos ao se despedirem dos colegas e dos pacientes no final de cada turno; alívio de um plantão sem óbito; perspectiva de se sentar na condução para vencer um pouco o cansaço, mais um dia, até o próximo plantão em que *o dia estará apenas acontecendo e dirá o que se tem para fazer*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMOSSY, R. Da noção retórica de *ethos* à análise do discurso. In: _____.
(Org.). *Imagens de si no discurso: a construção do ethos*. São Paulo:
Contexto, 2005a. p. 9-16.

_____, R. O *ethos* na intersecção das disciplinas: retórica, pragmática, sociologia dos campos. In: _____. (Org.). *Imagens de si no discurso: a construção do ethos*. São Paulo: Contexto, 2005a. p 136.

_____. Estereotipagem e construção de uma imagem de si. In: _____. (Org.).
Imagens de si no discurso: a construção do ethos. São Paulo: Contexto,
2005b. p.125-127. _____. (2005). *Imagens de si no discurso: a construção do ethos*. São Paulo: Contexto.

_____. (2006) Argumentation, situation de discours et théorie des champs : l'exemple de: Les hommes de bonne volonté (1919) de Madeleine Clemenceau Jacquemaire. CONTEXTES, «Discours en contexte» (dir. Jérôme Meizoz, Jean-Michel Adam et Panayota Badinou), septembre 2006.

BAGGIO, Maria Aparecida. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [online]. abr. 2006, vol.8, no.1 p.09-16. Disponível no World Wide Web:
<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442006000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1518-1944. – Acesso em 24/01/2009 às 18:02h.

CERVONI, J. (1987/1989) *As modalidades lingüísticas. A enunciação*, São Paulo, Ática. L'énonciation. Paris, PUF,

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 17, n. 68, 1989. -

DAVID, Ana Maria Fernandes. As concepções de ensino-aprendizagem do Projeto Político-Pedagógico de uma escola de educação bilíngüe. São Paulo: 184 pp. 2007. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FRANÇA, Maristela Botelho. (2002). *Uma comunidade dialógica de pesquisa: atividade e movimentação discursiva nas situações de trabalho de recepcionistas de guichê hospitalar*. Tese de Doutorado defendida no Programa de Estudos Pós-Graduados em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da PUC-SP.

GUÉRIN, F.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERQUELEN, A. Compreender o trabalho para transformá-lo. A prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

GUIMARAES, Z.S.(organizadora). Consulta de Enfermagem: da teoria à prática. GO, AB, 2008.

HARRISON, Kathryn Marie Pacheco. 2006. *Processo de construção de um coletivo de trabalho bilíngüe: profissionais surdos e ouvintes em uma escola especial para surdos*. Tese de Doutorado defendida no Programa de Estudos Pós-Graduados em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da PUC-SP.

HIRATA, H. 2000. Globalização, Trabalho e gênero In A Jerusalinsky *et al.* *O valor simbólico do Trabalho e o sujeito contemporâneo*. RS: Artes e Ofícios.

Koch, I.G. V (1992) Indicadores modais ou índices de modalidade. A inter-ação pela linguagem. São Paulo, Contexto. p. 47 a 49.

_____. (2004) Articuladores metadiscursivos. Introdução à lingüística textual. São Paulo, Martins Fontes, p. 135-139.

KRONKA, Graziela Zanin. (2005). *A encenação do corpo: o discurso de uma imprensa (homo)erótico-pornográfica como prática intersemiótica*. Tese apresentada ao Departamento de Lingüística do Instituto de Estudos da Linguagem (IEL) da UNICAMP.

LACOSTE M., Fala, atividade, situação. In Duarte F. e Feitosa V., Linguagem e Trabalho. RJ, Lucerna, 1998.

MAINGUENEAU, Dominique. 1987. *Novas tendências em análise do discurso*. Trad. F. Indursky. Campinas: Pontes. 1997. 198 p.

_____. 2002. *Análise de Textos e Comunicação*. Trad. C. P. de Souza-e-Silva e D. Rocha. São Paulo: Cortez. 287 p.

_____. 2004. Posicionamento. In: CHARAUDEAU, Patrick e MAINGUENEAU, Dominique. (2004). *Dicionário de análise do discurso*. Coordenação de tradução Fabiana Komesu. São Paulo: Contexto. 555 p.

_____. 2006. *Cenas da enunciação*. Trad. e org. Maria Cecília Pérez de Souza-e-Silva e Sírio Possenti. Curitiba: Criar Edições. 181 p.

_____. 2006 A cenografia (item do capítulo A cena de enunciação). Discurso literário. São Paulo, Contexto. p. 249-253

_____. 2008 A propósito do *ethos*. In: Mota, Ana Rachel & Salgado, Luciana (orgs). *Ethos discursivo*. Contexto, São Paulo

MARZIALE MHP, NISHIMURA KYN, FERREIRA MM. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material pérfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2004 janeiro-fevereiro; 12(1):36-42.

_____. O ADOECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E O ABSENTEÍSMO DOENÇA - Revista Ciência, Cuidado e Saúde Maringá, v. 1, n. 1, p. 133-136, 1. sem. 2002

NEVES, M.H.M (2006) Texto e gramática. São Paulo, Contexto

NOUROUDINE, Abdallah. (2002). A linguagem: dispositivo revelador da complexidade do trabalho. In: SOUZA-E-SILVA, Maria Cecília Pérez e FAÏTA, Daniel (org.). *Linguagem e Trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. Trad. Ines Polegatto e Décio Rocha. São Paulo: Cortez. p. 17-30.

POSSENTI, S. (2004) *Teoria do Discurso: Um caso de múltiplas rupturas* In: *Introdução à lingüística – fundamentos epistemológicos*, vol. 3. São Paulo, Cortez

OLIVEIRA, Carlos Roberto (1995). *História do trabalho* São Paulo: Ed. Ática.

OTRANTO, Maria Inês Sarno. (2006). *A interação linguageira dentista-paciente na atividade de trabalho em Triagem de clínica odontológica*. Dissertação de Mestrado apresentada em 1º/fev./2006, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da PUC-SP.

ROCHA, D; Daher, M. del C. & Sant'Anna V (2004) A entrevista em situação de pesquisa acadêmica: reflexões numa perspectiva discursiva. *Polifonia - Revista do Programa de Pós-graduação em Estudos da Linguagem - Mestrado (do) Instituto de Linguagens - UFMT*, ano 7, no. 08. Cuiabá: Editora Universitária.

SANT'ANNA, V. & Souza-e-Silva, M.C.P, M. C. P. (2007) Trabalho e prescrição: aproximações ao problema a partir dos estudos da linguagem. *Revista Matraca*, n. 20, vol. 14, p.77-99.

SOTO, José Manoel Gama. O problema dos acidentes do trabalho e a política prevencionista no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.6, n.21, p. 23-28, jan./fev./mar., 1978.

SOUZA-E-SILVA, M.C.P, M.C.P. & Rocha, D. (2000) Acontecimento e memória: discursos que (re)contam a história do Brasil-colônia. In: Barros, D.L.P (org.) *Os discursos do descobrimento*. São Paulo: FAPESP/EDUSP, p. 193-206

_____, M.C.P. A dimensão linguageira em situações de trabalho. In: _____; FAÏTA, D (eds.). *Linguagem e Trabalho – construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002.

_____, M.C.P (2007) O trabalho do professor sob um enfoque ergológico-discursivo. *Revista Científico*, ano VII, v. II, jul-dez. 2007. p. 195-205.

SCHWARTZ, Yves. 1998. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. Trad. Alain P. François. Revisão técnica Maria Loureiro. In: *Educação & Sociedade*, ano XIX, n.65 dez. p. 101-139.

_____. (2000). Trabalho e uso de si. Trad. M.L.R. Leão, tradução das notas e revisão técnica de Maria Inês Rosa. In: *Pro-Posições*, v.1 n.5 (32) jul. p. 34-50.

_____. 2007. *Contribuições da Ergologia para se pensar a relação linguagem/atividade/trabalho*. Minicurso proferido no LAEL, PUC-SP, de 27 a 31 de agosto.

_____, 1992. *Travail et Philosophie: convocations mutuelles*. Toulouse: Octarès, *Le padadigme ergologique*.

_____, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. Belo Horizonte: *Trabalho e Educação. Revista do NETE/UFMG*, jul-dez, 2000, nº. 07, p. 38-46.

_____, Yves; ECHTERNACHT, Eliza Helena. O trabalho e a abordagem ergológica: “Usos dramáticos de si” no contexto de uma Central de tele-atendimento ao cliente. *Informática na Educação: teoria & prática*, Porto Alegre, v.10, n. 2, p.9-24, jul./dez. 2007.

SILVA, Edvânia Gomes da. 2005. *Os (des)encontros da fé: análise interdiscursiva de dois movimentos da Igreja Católica*. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Lingüística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas.

STURM, Ingrid Nancy. Você está chorando ou vendendo lenço? as relações interdiscursivas no discurso sobre o trabalho na administração moderna: a prática discursiva da VOCÊ SA / Campinas, SP: [s.n.], 2006

TADROS, Taís Olivetti Ferreira. 2006. *O discurso e a atividade: uma análise do trabalho do(a) fonoaudiólogo(a) com pais de crianças com perda auditiva*. Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Estudos Pós-Graduados em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da PUC-SP.

TERSSAC G & MAGGI B. (2004). O Trabalho e a abordagem ergonômica, pp 79-104. In Daniellou (org). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. SP: Editora Edgard Blücher.

TRINQUET, Pierre. 2007. *Le travail, la pluridisciplinarité, le savoir investi*. Palestra ministrada no LAEL, PUC-SP, em 20/set./2007. São Paulo.

VIANA, Vera Maria de Freitas (2005), *Um estudo do saber em Enfermagem*, Dissertação de Mestrado defendida na Vice-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Mestrado em Educação da Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

VIEIRA, Marcos Antonio Moura. (2002). *A atividade, o discurso e a clínica: uma análise dialógica do trabalho médico*. Tese de Doutorado defendida no Programa de Estudos Pós-Graduados em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da PUC-SP.

VILALLOBOS, MMD. *Enfermería: desarrollo teórico y investigativo*. Bogotá: Uniblos, 1998.

ANEXO 1:

NORMA REGULAMENTADORA 32

SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

NORMA REGULAMENTADORA 32

- Lei nº 6.514 de 22/12/1977, alterou o Capítulo V do Título II da CLT, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho.
- Portaria / MTE nº 3.214 de 08/06/1978, aprovou as Normas Regulamentadoras do Capítulo V do Título II da CLT, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho.

NR 1 – DISPOSIÇÕES GERAIS

1.1 – As NRs relativas à Segurança e Medicina do Trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos de administração direta e indireta, bem como pelos órgãos do poder legislativo e judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho

NR1 – ITEM 1.7 – Cabe ao empregador

- a) cumprir e fazer cumprir as disposições...
- b) elaborar ordens de serviço sobre segurança e medicina do trabalho dando ciência aos empregados, com os seguintes objetivos:
 - I – prevenir atos inseguros no desempenho do trabalho;
 - II – divulgar obrigações e proibições que os empregados devam conhecer e cumprir;
 - III – dar conhecimento aos empregados que serão passíveis de punição pelo descumprimento das ordens expedidas;
 - IV – determinar os procedimentos que deverão ser adotados em caso de acidente ou doenças profissionais ou do trabalho;
 - V – adotar as medidas determinadas pelo MT;
 - VI – adotar medidas para eliminar ou neutralizar a insalubridade e as condições inseguras de trabalho.
- c) informar aos trabalhadores:
 - I – os riscos profissionais que possam originar-se nos locais de trabalho;

- II – os meios de prevenir e limitar tais riscos e as medidas tomadas pela empresa;
 - III – os resultados dos exames médicos e laboratoriais a que forem submetidos;
 - IV – os resultados das avaliações ambientais realizadas nos locais de trabalho.
- 1.8.1 – CONSTITUI ATO FALTOSO A RECUSA INJUSTIFICADA DO EMPREGADO AO CUMPRIMENTO DO DISPOSTO NO ITEM ANTERIOR.
 - 1.9 – O NÃO CUMPRIMENTO DAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES SOBRE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO ACARRETERÁ AO EMPREGADOR A APLICAÇÃO DAS PENALIDADES PREVISTAS NA LEGISLAÇÃO.

NORMA REGULAMENTADORA 32 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

- Estabelece os requisitos MÍNIMOS e diretrizes BÁSICAS para implementar as medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde.
- Abrange trabalhadores dos hospitais, clínicas, laboratórios, ambulatórios e serviços médicos existentes dentro de empresas.
- Alcança também profissionais que laboram nas atividades de promoção e recuperação de saúde, ensino e pesquisa em saúde em qualquer nível de complexidade.

NORMA REGULAMENTADORA 32

- 32.1 Do objetivo e campo de aplicação;
- 32.2 Dos riscos biológicos;
- 32.3 Dos riscos químicos;
- 32.4 Das radiações ionizantes;
- 32.5 Dos resíduos;
- 32.6 Das condições de conforto por conta das refeições;
- 32.7 Das lavanderias;
- 32.8 Da limpeza e conservação;
- 32.9 Da manutenção de máquinas e equipamentos;
- 32.10 Das disposições gerais;
- 32.11 Das disposições finais.

- 9.1.5 – Consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

- 9.1.5.3 – Considera-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

32.2.1 – Considera-se Risco Biológico a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos.

32.2.1.1. – Consideram-se Agentes Biológicos os microorganismos, geneticamente modificados ou não, as culturas de células, os parasitas, as toxinas.

32.2.3 – PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

- É DEPENDENTE DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS E DEVE CONTEMPLAR:
- Reconhecimento e avaliação dos riscos biológicos;
- Localização das áreas de risco conforme PPRA;
- Relação nominal dos trabalhadores, sua função, o local onde exercem suas funções e os riscos a que estão expostos;
- Vigilância médica dos trabalhadores potencialmente expostos;
- Programa de vacinação.

32.2.3 – PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

- 32.2.3.5 - EM TODA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE ENVOLVENDO RISCOS BIOLÓGICOS, COM OU SEM AFASTAMENTO DO TRABALHADOR, DEVE SER EMITIDA A CAT (COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO).

Art. 22º da Lei nº 8.213/1991 – A empresa deverá comunicar o acidente de trabalho à Previdência Social no 1º dia útil seguinte ao da ocorrência e de imediato em caso de morte, sob pena de multa...

32.2.4 – DAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO

- 32.2.4.3.2 – O uso de luvas não substitui o processo de lavagem das mãos, o que deve ocorrer, no mínimo, antes e depois do uso das mesmas.
- 32.2.4.6 – Todos trabalhadores com possibilidade de exposição a agentes biológicos devem utilizar vestimenta de trabalho adequada e em condições de conforto.
- 32.2.4.6.1 – A vestimenta deve ser fornecida sem ônus para o empregado.
- 32.2.4.6.2 – Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os EPI e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais.
- 32.2.4.6.4 – A higienização das vestimentas utilizadas nos C. cirúrgicos e obstétricos, CTI, unidades de pacientes com doenças infecto-contagiosas e quando houver contato direto da vestimenta com material orgânico, deve ser responsabilidade do empregador.
- 32.2.4.9 – O empregador deve assegurar a capacitação aos trabalhadores durante a jornada de trabalho e sempre que ocorrer mudanças nas condições de exposição a agentes biológicos.
- 32.2.4.9.2 – O empregador deve comprovar para a inspeção do trabalho a realização da capacitação através de documentos que informem a data, horário, a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.
- 32.2.4.10 – Em todo local onde exista a possibilidade de exposição a AB devem ser fornecidas aos trabalhadores instruções escritas sobre as rotinas realizadas e medidas de prevenção a AT. As instruções devem ser entregues ao trabalhador mediante recibo.
- 32.2.4.11 – Os trabalhadores devem comunicar todo acidente ou incidente com possível exposição a AB ao responsável pelo local de trabalho e, quando houver, ao SESMT e CIPA.
- 32.2.4.14 – Os trabalhadores que utilizarem objetos perfurocortantes devem ser responsáveis pelo seu descarte.
- 32.2.4.15 – São vedados o reencape e a desconexão manual de agulhas.
- 32.2.4.16 – Deve ser assegurado o uso de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança, conforme cronograma a ser estabelecido pela CTPN.
- 32.2.4.17.1 – A todo trabalhador de serviços de saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B e os estabelecidos no PCMSO.
- 32.2.4.17.4 – A vacinação deve obedecer às recomendações do MS.
- 32.2.4.17.5 – O empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nesses casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho.

32.3 – DOS RISCOS QUÍMICOS

- Manter a rotulagem do fabricante na embalagem original.
- Identificar de forma legível recipientes que contenham produto químico manipulado ou fracionado, com sua composição química, concentração, data do envase, validade e nome do responsável.
- Os produtos químicos, inclusive intermediários e resíduos devem possuir ficha descritiva contendo dados especificados.
- Capacitar o trabalhador no início da atividade e continuamente na manipulação e utilização de produtos químicos.

32.3.7.1 – o empregador deve destinar local apropriado para a manipulação ou fracionamento de produtos químicos que impliquem riscos à saúde do trabalhador:

- Sinalização gráfica (NR26).
- Equipamentos que garantam a concentração de produtos químicos no ar abaixo dos limites de tolerância estabelecidos (NR9 e NR15).
- Exaustão adequada.
- Chuveiro e lava-olhos (devem, ser acionados e higienizados semanalmente).
- EPI adequados.
- Sistema adequado de descarte.
- 32.3.8 – Gases Medicinais > dispõe sobre movimentação, transporte, armazenamento, manuseio e utilização. Determina que sejam definidos responsáveis pela manutenção e que os procedimentos em caso de emergência estejam à disposição dos trabalhadores.
- 32.3.9.1 – Considera medicamentos e drogas de risco aquelas que possam causar genotoxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e toxicidade séria e seletiva sobre órgãos e sistemas. Devem constar no PPRA com seus efeitos especificados.
- 32.3.9.3 – Trata dos Gases e Vapores Anestésicos como agente de risco, disciplinando os cuidados de manutenção e com o ambiente, bem como garantindo que tenha a devida atenção especial quando lotada nesses ambientes.
- 32.3.9.4.1 – Os quimioterápicos devem ser preparados em área exclusiva com acesso somente aos profissionais envolvidos.
- São estabelecidas especificações com relação aos vestiários, Cabines de Segurança Biológica, capacitação, treinamento continuado e disponibilidade de manuais.
- 32.3.9.4.9 – Exige a elaboração de Procedimentos Operacionais em caso de Ocorrência de Acidentes Ambientais ou Pessoais, estabelecendo diretrizes.

32.4 – RADIAÇÕES IONIZANTES

- Portaria/MS nº453 – junho/1998.
- CNEN-NN3.01 – agosto/1988.
- CNEN-NE6.05 – dezembro/1985.

Obriga a manter no local o Plano de Proteção Radiológica, fornecer EPI, capacitar os trabalhadores e fornecer informações sobre os riscos existentes por escrito, mediante recibo. Insere os Serviços de Radiodiagnóstico Odontológico no contexto de proteção a saúde do trabalhador.

A NR32 ENVOLVE AINDA

- As lavanderias, dispendo à respeito de sua estrutura física e equipamentos
- Os profissionais de Higiene e Conservação aos quais deve ser garantida e comprovada a capacitação e orientação quanto aos riscos a que estão expostos
- Determina que também os profissionais de manutenção sejam capacitados e treinados, quanto à higiene pessoal, riscos biológicos, físicos e químicos, sinalização, rotulagem preventiva, tipos de EPC e EPI e uso correto.

32.10.2 – No processo de elaboração e implementação do PPRA e PCMSO devem ser consideradas as atividades desenvolvidas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

32.10.5 – É vedada a utilização de materiais médico-hospitalares em desacordo com as recomendações de uso e especificações técnicas descritas em seu manual ou em sua embalagem.

ANEXO 2:

Código Brasileiro de Ocupação CBO: descrição, formação e condições para o exercício de Auxiliar de Enfermagem: (Livro 1 p. 393 e 394)

Auxiliar de Enfermagem

DESCRIÇÃO SUMÁRIA

Desempenham atividades técnicas de enfermagem em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência médica, embarcações e domicílios; atuam em cirurgia, terapia, puericultura, pediatria, psiquiatria, obstetrícia, saúde ocupacional e outras áreas; prestam assistência ao paciente, atuando sob supervisão de enfermeiro; desempenham tarefas de instrumentação cirúrgica, posicionando de forma adequada o paciente e o instrumental, o qual passa ao cirurgião; organizam ambiente de trabalho, dão continuidade aos plantões. Trabalham em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança. Realizam registros e elaboram relatórios técnicos; comunicam-se com pacientes e familiares e com a equipe de saúde.

FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA

O ingresso nas ocupações técnicas requer certificação de competências ou curso técnico em enfermagem (nível médio). Para os auxiliares de enfermagem requer-se Ensino Fundamental e cursos de qualificação profissional com o mínimo de quatrocentas horas-aula, podendo chegar a mil e quinhentas. A possibilidade de continuar a qualificação dependerá da conclusão do Ensino Médio.

Atualmente, há cursos técnicos em enfermagem, organizados modularmente, com saídas intermediárias para qualificação de auxiliares de enfermagem. O requisito de entrada desses cursos é o Ensino Médio completo, tendo como filosofia a educação continuada,

que possibilita ao auxiliar atingir o nível técnico, ao completar novos módulos de formação profissionalizante.

CONDIÇÕES GERAIS DE EXERCÍCIO

Trabalham em hospitais, clínicas, serviços sociais ou ainda em domicílios. São assalariados, com carteira assinada ou autônomos, prestando serviços temporários em clínicas ou em residências.

Organizam-se em equipe, atuando com supervisão permanente de enfermeiro ou outro membro de equipe de saúde, de nível superior. Trabalham em ambientes fechados e com revezamentos de turnos, ou confinados em embarcação, no caso do auxiliar de saúde (navegação marítima). É comum trabalharem sob pressão, levando à situação de estresse. Em algumas atividades, podem ser expostos à contaminação biológica, material tóxico e à radiação¹.

As mesmas descrições para a profissão de Enfermeira o CBO descreve como: (livro 1, p. 179 e 180)

Enfermeiro

DESCRIÇÃO SUMÁRIA

Prestam assistência ao paciente e/ou cliente em clínicas, hospitais, ambulatorios, transportes aéreos, navios, postos de saúde e em domicílio, realizando consultas e procedimentos de maior complexidade e prescrevendo ações; coordenam e auditam serviços de

¹ O próprio Código Brasileiro de ocupações – CBO – menciona o risco e o estresse como componente integrante da atividade de trabalho de Auxiliares de Enfermagem.

enfermagem, implementam ações para a promoção da saúde junto à comunidade. Podem realizar pesquisas.

FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA

Para o exercício dessas ocupações é exigido curso superior de Enfermagem e registro no Coren². O exercício pleno das atividades ocorre após um a dois anos de experiência profissional. Para ser um especialista na área, é recomendável que o profissional passe, primeiramente, por diferentes experiências de trabalho e posteriormente se especialize na área escolhida.

CONDIÇÕES GERAIS DE EXERCÍCIO

Atuam nas áreas de saúde e serviços sociais. São empregados com registro em carteira, trabalham em equipe, em ambientes fechados e com revezamento de turnos (diurno/noturno). Os profissionais são predominantemente do sexo feminino, porém o número de profissionais do sexo masculino tem aumentado. São expostos a riscos biológicos e, com exceção dos Enfermeiros sanitários e do trabalho, a materiais tóxicos, radiações e estresse decorrente de lidar com vida humana.

ESTA FAMÍLIA NÃO COMPREENDE

3222 - Técnicos e auxiliares de enfermagem

NOTAS

Há profissionais de enfermagem que também atuam em universidades e instituições de pesquisa, nas funções de professor e pesquisador. Para classificação considerar as atividades que demandam mais tempo.

Normas Regulamentadoras:

² Conselho Regional de Enfermagem – regional por Estado, ex.: Coren-SP, Coren-MG, Coren-RJ, etc.

Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.

Lei nº 7.498, de 25 de junho 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

Decreto nº 94.406, de 8 de junho 1987 - Regulamenta a Lei nº 7.498/86.

ANEXO 3:

RECORTES EXTRAÍDOS DO DIÁRIO DE OBSERVAÇÃO

PERÍODO: DE 17/03 A 31/05/2008

LOCAL: Sala de Medicação do PS adulto e Observação I do Hospital Municipal do Tatuapé, eventuais visitas à Sala de Choque.

Turno de observação: diurno com algumas “trocas de turno”

17/03/2008

Situação: pronto-socorro em reforma, observação I e sala de medicação juntas. Na equipe havia 1 Enfermeira e 7 Auxiliares de Enfermagem (AE).

Minha 1ª pergunta foi sobre quem ali já tinha sofrido acidente de trabalho com perfuro-cortante e se gostariam de relatar; se trabalham em dois empregos, as respostas vem a seguir:

Teodora: um paciente alcoólatra com “delirium tremem” precisava ser contido, durante auxílio na contenção, o paciente chutou sua boca e lhe quebrou 4 dentes dianteiros inferiores.

Luciana: furou-se com agulha largada sobre a mesa de punção.

A demanda de trabalho era de 30 internos, mais as observações temporárias além da medicação vinda das clínicas médicas (pessoas com soro que depois podem ser liberadas ou não, pessoas medicadas com medicação controladora de hipertensão e ficam aguardando nova medição para saber se serão liberadas ou internadas, febre alta e casos com esse perfil).

Com a instalação do AMA (Serviço de Assistência Médica Ambulatorial), o atendimento médico no PS caiu de , 1500 para 600 a 800 por dia aproximadamente, mas entretanto, a demanda na sala de medicação continua a mesma, os mesmos cerca de 1500/dia porque toda medicação prescrita no AMA é feita na sala de medicação do PS e se há algum caso que necessite de internação, é igualmente providenciada pelo PS.

Ao se aproximar a hora do almoço (por volta de 11:00) a Enfermeira Angela começou a perguntar quem iria almoçar às doze e quem iria às treze horas, o horário de almoço não é pré-estabelecido na escala de trabalho, ele é combinado entre os funcionários e a Enfermeira apenas intermedia a escolha para que não haja desentendimento de qualquer espécie, temos aqui claro um exemplo de prescrição ascendente e usos de si por si.

ROTINA DE INTERNAÇÃO: A internação de pacientes é feita pela enfermeira responsável do PS após autorização do médico, que vem pelo formulário chamado AIH – autorização para internação hospitalar anexa a ficha de atendimento médico e exames. Ao explicar o processo da internação, comentou “de que adianta mandar internar se não tem estrutura? Internar onde? No corredor não tem mais lugar, maca já tem até sem colchão e gente em cima delas, cadeira tá em falta...” a Enfermeira procura por vaga ou pela melhor forma de acomodar o paciente, providencia guarda das vestes e valores do paciente e troca das vestes pelas fornecidas pelo hospital, cuida de medicação (que geralmente é prescrita às AEs) e cuida também de avisar familiares.

25/03/08 – Dia posterior à passagem dos pacientes internos para a Obs II, que passou a ser simplesmente Observação pelo fato de a Obs I ter sido desativada para reforma, aos poucos os pacientes da sala de choque e trauma estão sendo transferidos para a nova instalação.

Presenciei familiar de paciente entrando na sala de medicação e exigindo atendimento prioritário dizendo que sua acompanhada estava mal, ao que Sergio respondeu que todos ali estavam; o parente perguntou o que ele um profissional como Sergio fazia no PS, ao que Sergio respondeu que “cuidando de gente igual a sua parente” e pediu para que o acompanhante se retirasse, o acompanhante ameaça Sergio dizendo que “se eu tiver que entrar aqui porque alguém me avisou que ela tá morta, a primeira pessoa que vou encontrar aqui dentro é você” e saiu. Sergio continuou seu trabalho mas a tensão que a situação causou era visível.

Luiz Henrique volta-se a mim para contar de um acidente que teve (é um rapaz que trabalha em dois empregos e ainda faz Faculdade de Enfermagem, quando eventualmente tem alguma folga, a preenche com plantão extra): fez medicação endo-venosa em um paciente; ao retirar a agulha ficou com ela na mão, diz que se distraiu com a agulha na mão e acordou com o furo nas costas da outra mão; perguntei-lhe se ele atribuía isso ao cansaço, ele disse que sim, que deve ter dormido em pé e deixou uma mão cair sobre a outra, e ainda disse não ter outra desculpa ou explicação para dar, que foi culpa do cansaço que já passou no nível físico simplesmente, o cansaço aqui é físico, psíquico e motor.

As funcionárias conversavam sobre emagrecimento, uma delas, do setor de vacinação disse à Enfermeira Regiane “pra emagrecer, você tem que comer de três em três horas”, ao que Regiane respondeu: “tá doida? comer de três em três horas se têm dias aqui que eu esqueço até de comer e nem ir no banheiro eu consigo?”

08/04/08

Equipe: Enfermeiro Amaro; Letícia, Zuzu, Clarice, Joana.

Uma queixa constante é a posição e o tipo de armário para guarda de seringas, agulhas e outros materiais; é semelhante a armário de uso domiciliar e está em altura que não atende ao padrão antropomórfico de todos os funcionários, alguns têm de se esticar muito, outros podem ter a porta acertada na cabeça se alguém precisar abrir, disseram que o ideal seria ter gavetas sob o balcão em vez daquele “armário de cozinha” alto como é e com a abertura das portas de maneira irregular.

Enquanto Letícia preparava medicação, perguntei se conversar com ela naquele momento atrapalharia ou incomodaria; ao que respondeu que não, então fiz pela primeira vez a pergunta desencadeadora sugerida por Pierre Trinquet: “o que você tem para fazer hoje?” A resposta veio quase que em forma de poesia: “Eu não sei Rose, é o dia de hoje que vai me dizer o que tenho para fazer, eu não posso te responder isso porque o dia está acontecendo”.

Por volta de 11:00 hs, Letícia comenta: “não vejo a hora de almoçar, nem porque eu esteja com fome, mas assim posso sentar um pouco e descansar”, o ritmo de trabalho de hoje está muito puxado, os auxiliares não têm nem cadeiras e nem tempo para se sentar. A fala da funcionária é um bom exemplo de exteriorização da fadiga, do corpo-si cansado a ponto de o desabafo surgir.

12/04/08 –

Equipe: Enf. Angela, Sergio. Mara, Letícia, Graça, Zuzu e Helena que entrou às 18:00h (neste dia cheguei pouco antes das 18:00h para acompanhar a troca de turno do dia para a noite). Voltou uma situação que não era para ocorrer novamente: internos em maca dentro da sala de medicação, no PS antigo as macas ficavam nos fundos do saguão, entre as salas de atendimento do cardiologista e neurologia e a sala de atendimento da ortopedia/imobilização/retirada de gesso, em frente ao registro do Raio X também ficavam macas, mas devido ao movimento no setor, as macas de internos foram substituídas por bancos.

Por volta de 18:20 chegou um paciente desfalecido, um rapaz aparentando menos de 25 anos, muito pálido, com os cabelos e roupas molhadas de suor e com temperatura corporal baixa, enquanto uma funcionária preparava medicação, a outra foi já pegando a veia para que a colocação do soro fosse rápida, aos poucos o paciente foi recobrando sentidos. Certa hora olhei para o paciente, seu rosto me pareceu azul, olhei mais uma vez para ver se o problema não era meu por conta da iluminação artificial do ambiente, não era; o paciente estava com o rosto azul mesmo, a mãe não havia percebido, chamei a atenção de Letícia para o fato, que olhou o paciente e disse: “cianótico!” e correu aplicar inalação; foi uma renormalização diante do imprevisto: a oxigenação do paciente estava baixa, motivo pelo qual sua pele estava azul, talvez fosse um quadro que dependesse de avaliação médica para posterior conduta, mas Letícia adotou o procedimento imediatamente, em alguns minutos o paciente deixou de ter a pele azul; sei que feri minha condição de observadora e interferi no trabalho, mas a atitude tomada por Letícia mostrou a necessidade de uma renormalização, alíás, duas: minha intromissão e o procedimento adotado.

Era hora da troca de funcionários (19:00) e a “rendição” demorava a chegar, a única que ficaria para o turno da noite era Helena, que havia entrado às 18:00hs. Fiz a Helena a pergunta desencadeadora “O que você tem para fazer hoje?”, ao que respondeu: “Nossa função aqui é cuidar do paciente de maneira incondicional, o que tivermos que fazer, faremos; desde uma simples aspirina VO até dar banho e alimentação para quem não pode se alimentar sozinho, nosso atendimento é incondicional, recebemos treinamento para isso. A partir do momento que entra aqui, o paciente é nosso e tudo o que é preciso a gente faz, o imprevisto acontece sempre mas o cuidado é intensivo, qualquer tipo de cuidado é intensivo”.

Perguntei à Angela por quê a troca de turno é tida como momento conflituoso do dia de trabalho, se era por causa da tensão de faltar funcionários e os presentes terem que dobrar expediente para dar continuidade ao atendimento, ao que Angela explicou: “a passagem tem de ser feita paciente a paciente, mas nem sempre sobra tempo e o processo acaba se tornando ineficiente. O ideal seria mostrar aos encarregados da noite papeleta por papeleta, mostrar se é diabético ou não, se aguarda vaga para cirurgia ou não, embora isso esteja escrito em cada papeleta, temos de passar dessa forma (note-se aqui a força da prescrição descendente).

14/04/08 – Equipe: Angela, Graça, Noélia, Sergio Letícia. 8 internações em macas.

Por falta de espaço dentro da sala devido ao número de macas com internos, presenciei a retirada de um soro com o paciente em pé. Era período pós-almoço, os funcionários já apresentavam sinais de cansaço (olhos sonados, bocejos), mas mesmo assim o ambiente estava alegre, uma das funcionárias me disse “Ô Rose, o pessoal de Enfermagem morre tudo de Alzheimer”.

Fiz a pergunta desencadeadora à Mara, que respondeu: “A gente aqui trata tudo o que aparece, vem tudo pra cá: preso, mendigo, febre, idoso, acidente, motoboy, atropelamento, a gente procura atender bem todo mundo que chega, mas tem gente que não conhece nosso trabalho e acha que a gente tem obrigação de atender todo mundo quando chega, todo mundo que está aqui é porque não está

bem, senão ficava em casa vendo novela, quem vem pra cá é porque está realmente ruim, senão não vinha”.

26/04/08

Contei inicialmente 11 macas na sala, saíram duas para andares mas antes de eu chegar já houve conta de 14 macas na sala segundo informação de Regiane.

Equipe: Enfermeira Regiane, Zuzu, Mara, Santiago.

Mal anotei os nomes dos funcionários daquele plantão e ouvi sobre o número de internos num local onde não deveria haver um que fosse, entrou uma acompanhante de paciente aos berros: “nem parece que na veia de vocês corre sangue, deve correr é merda na veia desse monte de ‘filha da puta’ que tem aqui dentro, é isso que “cês” são, uma cambada de ‘filha da puta”. Diante da atitude da acompanhante, a Enfermeira Regiane interveio dizendo: “pronto, você já está satisfeita? Já deu seu showzinho e já conseguiu chamar atenção? Então agora espera lá fora que é de onde você não devia ter saído e deixa que nosso trabalho a gente faz aqui dentro, deixa que dele a gente cuida, pode sair!”, isso sem gritar nem alterar o tom de voz, a acompanhante saiu, Regiane se voltou para mim e disse “Ô Rose você anotou isso né, por favor, coloca isso no seu texto que é pra todo mundo saber o que a gente passa aqui dentro”, nesse momento ela mostrou irritação; é o risco moral ao qual estão expostos lidando com o público, se houvesse um segurança para controle de fluxo talvez o episódio não teria ocorrido.

Enquanto Mara tentava pegar a veia de uma paciente diabética para aplicar medicação, talvez pelo estado nervoso da paciente adoecida Mara tinha dificuldade em achar veia, e começou a conversar com a paciente dando-lhe dicas sobre qualidade de vida: “você precisa andar mais, sair mais, ir dançar e se divertir, sabe, aproveitar a vida mesmo? Não tem que pensar na doença, tem que se cuidar mais e aproveitar a vida do jeito que a doença permite”, em pouco tempo de conversa a paciente foi se acalmando e a veia ficou acessível. Na mesma tarde, um tempo depois de atender esta paciente, o diálogo de Mara com outro paciente me chamou atenção: “a vida de vocês está nas nossas mãos e nas mãos de Deus

primeiro, a gente aqui não lida com papel igual banco, aqui a gente lida com vida e não dá pra sair correndo, todo mundo diz que a gente enrola, não trabalha direito, mas se a gente não trabalhasse direito e atendesse vocês igual a banco, aí sim é que vocês não saíam ‘melhor’ daqui.”

Milena se vê um pouco confusa com o ritmo do trabalho, parada em frente à ‘mesa’ e diz: “nem eu sei mais o que eu to fazendo aqui... tem hora que a gente tem que parar... deixa eu ver por onde eu começo” e foi limpar a pia

Notei em Zuzu quase ao término do plantão um bom humor pouco comum para o dia tumultuado que foi; perguntei como ela fazia para num dia como aquele e àquela hora estar de bom humor ainda, ao que respondeu: “Olha, pensa no paciente, ele chega aqui ruim, porque ninguém vem pro hospital se está bom, ele chega aqui, pega a gente de mal humor, ele merece?? Não! Então, a gente tem que estar de bom humor!”.

30/04/08

Equipe: Enfermeiras Angela e Regiane - AEs Nilson, Graça, Zuzu, Graça e Maria José.

Angela comenta que até o horário estava sem café da manhã e almoço. 10 pacientes internos em macas. Entra uma paciente dizendo que só precisava fazer inalação porque tinha de voltar a trabalhar, se ia demorar apenas para uma inalação, Angela que estava saindo para o almoço volta e prepara a inalação e comenta comigo: “Com tanto patrão intransigente que tem por aí, não vai ser por minha causa que essa moça vai ser demitida, se tá pedindo pra voltar pro trabalho e nem pediu atestado, deixa eu fazer o que ela precisa”.

Uma acompanhante de paciente me pede ajuda para conseguir falar com a Assistente Social para que a situação de sua mãe fosse decidida, dizendo que o tratamento que o médico adotou é o mesmo que é feito em casa, que sendo dessa forma não precisa internar para fazer o que se faz em casa, indiquei a ela a Enf. Regiane e expliquei que minha situação ali era de pesquisadora, que a pessoa ideal para dar encaminhamento a seu pedido era a Enfermeira. A acompanhante vai

até Regiane e faz a mesma solicitação, Regiane esclarece que o motivo da internação era o excesso de secreção pulmonar, que se a mãe tivesse alta poderia voltar a qualquer momento com pneumonia.

A paciente cuja maca estava sob os terminais de oxigênio para inalação liga para algum familiar e comenta: “deve ter uns 50 aqui dentro comigo”.

Fernanda para Graça: “sabe quando têm aqueles filmes de guerra com aquele monte de ferido? Aqui tá passando ao vivo, se aqui tiver guerra a gente já tá treinado.”. Num espaço de aproximadamente 5m x 5m havia 6 macas (no lado em que fica o banheiro).

O médico neurologista entra na sala de medicação pedindo para que o paciente epilético já mencionado fosse colocado numa maca, ao que Regiane responde: “que maca Doutor, que maca? Maca aonde? Não tem maca, todas elas já estão com paciente”

Ocorreu clima de revolta por parte dos funcionários do PS, tanto auxiliares quanto os funcionários da zeladoria que fizeram reclamação coletiva à ouvidoria do hospital pelo seguinte motivo: o escolta da polícia civil que levava um preso para passar no médico disse a seguinte frase para o preso: “quando você ‘tiver’ solto e ver alguém de branco na tua frente, mata tudo!”.

Uma acompanhante de paciente entra num rompante na sala de medicação gritando que sua acompanhada havia caído da cadeira na sala de espera, perguntou quem podia ajudar, Zuzu pediu a ficha de atendimento médico, ao que a acompanhante responde “quando fui passar com o médico (note-se a desinência de gênero) ele disse que tinha que passar aqui primeiro, Zuzu esclarece que ali era sala de medicação e que todo atendimento ali era feito com prescrição médica feita na ficha, a acompanhante volta a dizer que ‘o médico’ mandou passar lá primeiro, mas naquele plantão só havia uma médica, do sexo feminino, que não poderia se chamada de ‘doutor ou médico’, Zuzu explicou novamente que sem ficha com prescrição médica não podia fazer nada, ao que a acompanhante responde: “se acontecer alguma coisa com ela, a responsabilidade é de vocês, o médico mandou

eu ‘vim’ aqui primeiro” e saiu da sala de medicação, Zuzu olha para mim e comenta: “o pior é que a gente explica, mas ninguém entende”.

02/05/08 – Feriado prolongado – tarde de chuva

3 internos em maca – aproximadamente 25 pessoas na sala de espera

Equipe: Zuzu, Luciana, Joana, Graça – Enfermeiras: Sofia e Isadora

Observação: das 09:00 às 13:30 hs.

Na Observação, uma das auxiliares me pede para que relate que na enfermaria masculina há um paciente que tenta ‘passar a mão’ nas mulheres e que por causa disso remanejaram um Auxiliar masculino de um dos andares, o relato era: ‘como se já não bastasse tudo o que a gente passa, ainda temos que servir de quebra-galho para paciente que a gente nem sabe quem é!’. Aqui temos uma soma de riscos: o moral, o social e o sexual; a renormalização foi feita trazendo-se um homem para cuidar dos homens internos, Horário de almoço. Devido ao movimento intenso, uma AE do ‘Choque’ foi solicitada a ajudar na sala de medicação.

06/05/2008

Equipe: Enfermeira Angela AEs: Graça, Fernanda, Luiz Henrique, Auxiliadora (emprestada do 9º andar – Queimados) e Sergio.

17:40 – o movimento na sala de medicação aumenta, Luiz Henrique explica que isso se dá em virtude de exames de laboratórios chegarem, as pessoas mostram aos médicos os resultados e aí vem medicação, inalação, internação e coisas assim.

17:45 – chega o jantar para os internos na sala de medicação, além do movimento normal o carrinho de refeição atrapalha um pouco a movimentação do pessoal, entretanto, o carrinho tem de entrar porque a refeição deve ser servida no local onde está o paciente. É colocada mais uma maca com paciente masculino junto dos cinco que já estavam lá. Luiz Henrique comenta: “ó, são quase dezoito horas, as pernas dóem, quando dá dezenove horas, a gente não tem mais perna nem pra ir embora”.

A esposa de um paciente da Ortopedia que aguardava cirurgia queixa-se de negligência por parte do pessoal da Enfermagem porque o marido dela estava ali desde às quatro da tarde e só tinha recebido refeição e mais nada: nada de medicamento, nada de médico, Graça explica a ela que o marido está ali provisoriamente, que ele será operado e depois transferido para a clínica cirúrgica (7º andar), que se ele não recebeu medicamento é porque o médico não prescreveu, que a ordem para que ele seja levado ao centro cirúrgico virá do médico, e que qualquer dúvida sobre o tratamento, medicação e cirurgia de seu marido deveria ser esclarecida com o médico, a acompanhante aceitou a explicação e ainda agradeceu, antes de ir embora minutos depois perguntou se o marido seria bem cuidado, ao que Aletice responde: “no que depender da gente aqui, sim”, a acompanhante saiu sorrindo.

Os funcionários queixam-se que as dores nas pernas, Auxiliadora que veio emprestada do 9º andar – Queimados – onde o fluxo de pacientes é bem menor (mas são pacientes que requerem cuidado especial e intensivo) demonstra cansaço físico: apóia-se na pia, apóia-se no balcão, suspira muito.

O paciente Adilson, que chama muito pelos funcionários e tumultua, cobre-se na cadeira com o lençol e é perceptível que está se masturbando, percebo, mas fico quieta e desvio o olhar, Angela se aproxima de mim e comenta: “olha lá Rose, se masturbando aqui dentro, perto dos outros e da gente, como se não bastasse o que a gente tem que agüentar aqui, ainda tem mais essa...” disse que ia ver na Observação se consegui leva-lo para lá, pelo menos lá teria enfermaria masculina e se ele se masturbasse durante a noite, que se entendesse com os outros internos.

18:50 – começam a chegar os funcionários do turno da noite, Angela começa a dizer para seus funcionários que podem ir, eles se despedem entre eles e de mim também, perguntam quando aparecerei de novo, se meu ‘bloquinho’ tem muita coisa feia; tornei-me parte do ‘cenário de atividade profissional’ antes do esperado, isso facilita e muito a observação e coleta de dados, os ‘anota aí Rose’ mostram isso.

12/05/08 – Dia do Profissional de Enfermagem

Quando cheguei, por volta de 11:30, estava sendo servido café da manhã aos funcionários da Enfermagem para homenageá-los, alguns do PS não tinham ido afirmando que ‘não dá tempo’

Equipe: Enf. Sofia (folga de escala de Isadora e Angela. Regiane não estava nem de plantão da escala e nem de hora extra) AEs Mara, Luciana, Zuzu, Aletice e Luiz Henrique.

5 internos em macas, revezamento de funcionários para o almoço, pergunto como estava o plantão até então, ao que me respondem que ‘tumulado’

Na observação um, pergunto sobre o paciente que tentou ‘passar a mão’ na Auxiliar, me responderam que era um paciente bêbado, que já tinha sido transferido para albergue, perguntei se seria por causa da atitude dele e responderam que não sabem porque num caso como esses, primeiro orientam o paciente, no caso de orientação não funcionar, o caso é passado à Enfermeira Chefe pela Enfermeira da turma, que a medida é tomada por elas e que geralmente não há comunicação sobre o que foi decidido.

Pergunto a Letícia se a situação de trabalhar com detentos e infratores gera tensão, ela disse que por eles não, que é comum entre os presos e infratores serem comportados e respeitosos com o pessoal do Hospital porque entendem que estão ali cuidando deles, mas que o que gera tensão é a presença de escoltas e policiais armados, que muitas vezes eles ficam dentro das salas portando armas com guarda alta³, que dá a impressão que eles vão começar a atirar por qualquer coisa e que há pessoas que podem ficar nervosas com a presença deles daquela forma, como idosos e cardíacos.

Entra um acompanhante exigindo que sua acompanhada fosse medicada imediatamente – estamos ainda no horário de almoço com diminuição do número de funcionários do setor – Luiz Henrique pergunta o nome da paciente e vê na ordem das fichas que ela será a próxima, o acompanhante começa a elevar o

³ Guarda alta é o cano da arma posicionado para cima, quando está para baixo é guarda baixa.

tom de voz dizendo que ela precisa ser medicada e Luiz Henrique repete ‘ela será a próxima’, o acompanhante pergunta novamente a que horas ela será atendida e Luiz Henrique dá a mesma resposta: ‘ela será a próxima’, o acompanhante sai, Luiz Henrique faz a medicação que estava em sua mão, chama pela próxima paciente, a que o acompanhante tentou criar tumulto, ele tenta entrar junto e Luiz Henrique diz a ele “acompanhante aguarda lá fora”.

Chegam mais presos para ser atendidos, pergunto a Graça o que ela acha sobre ter que atender a presos e infratores, ela diz que são pacientes como qualquer outros, mas há alguns que encaram e isso gera tensão.

24/05/08 - Neste dia não me demorei na observação, a Sala de Medicação estava extremamente cheia e os funcionários aparentemente nervosos com o número de internos somados ao movimento normal. Um fato me despertou a atenção: Observo em uma maca, na papeleta de identificação do paciente, no lugar do nome. A inscrição “HD TCE”, a sigla TCE já me era conhecida: traumatismo crânio encefálico, mas HD não. Pergunto a Ângela seu significado, e ela me pergunta onde eu tinha visto isso, apontei a maca do paciente, ela correu para arrancar a identificação e colocou no lugar a inscrição “neuro”, para indicar que era um paciente da clínica de neurologia. Perguntei a ela o que havia acontecido, ao que ela explicou: “o diagnóstico não deve ser revelado, apenas ao paciente e seus familiares.” Pergunto ainda sobre a sigla HD e esclareço que já sabia o que era TCE, ela me pergunta o que era para certificar se eu sabia mesmo, quando respondi “traumatismo crânio encefálico” Ângela sorriu e respondeu que HD significa “hipótese diagnóstica”, “isso não pode de jeito algum estar aí exposto.”