

## As Interfaces do Poder no Setor Saúde e no Trabalho em Enfermagem: o jardim de caminhos que se bifurcam

Cristina Melo

Palestra proferida no XLVII CEBEN, Goiânia, novembro de 1995.

### PREMISSAS

Na oportunidade de discutir o tema proposto, começaremos por explicitar os elementos conceituais básicos para a compreensão das relações de poder em Enfermagem, situando-as em correspondência com os espaços da sociedade e do setor saúde.

O conceito de poder aqui adotado pode ser entendido como a capacidade geral de agir e produzir efeitos e também de determinar o comportamento de outro(s) indivíduo(s), ou seja, fazer com que este realize a sua própria vontade mesmo contra a resistência deste ou de outros que participam da ação. Conseqüentemente, esta capacidade implica em manipular recursos, informações e interesses, que estão alocados nas mãos de algumas pessoas, grupos sociais e instituições (Testa, 1995). Deste modo, o poder, compreendido enquanto fenômeno social é uma relação entre os homens e as mulheres.

Dentre os elementos que compõem as relações de poder, devemos necessariamente considerar a pessoa ou grupo que detém o poder; a pessoa ou grupo que a ele está sujeito e a esfera de atividade a qual o poder se refere.

Mas, onde se situa o poder? Para Testa (1995), o poder se situa nas organizações, aqui compreendidas no aspecto institucional - isto é, como consolidação burocrática de uma organização em geral -, e no agrupamento de pessoas com interesses comuns, os atores sociais.

Nos países capitalistas, incluindo o Brasil, a idéia de poder está permanentemente ligada ao Estado e às funções exercidas para a manutenção da ordem social. Ainda que seja difícil afirmar que todo poder é sempre um poder do Estado, vale a pena refletir sobre a presença, cada vez maior, do Estado em âmbitos da vida social, e em particular em relação a aspectos do processo saúde-doença. Um bom exemplo é a institucionalização, pelo Estado, de novos costumes sexuais, impostos à sociedade em geral pela presença entre nós do risco de se contrair a aids.

Valeria a pena refletir também sobre o poder não como mero limitador, e sim como produtor e organizador de forças. Este seria um aspecto relevante para os interessados em garantir o direito à saúde para a maioria da população brasileira, o que só poderá ser posto em prática como dever do Estado e por exigência e pressão da própria sociedade brasileira.

A consideração anterior nos obriga a dissolver o véu que encobre a forma como vemos o poder: como coisa suja, como é também a forma como vemos a política. Como podemos continuar ignorando algo que é parte intrínseca da relação entre pessoas? Até porque as "relações de poder funcionam em relações muito diferentes: desde processos econômicos ao intercuro sexual entre duas pessoas" (Lebrun, 1983). A compreender também que "o poder moderno não é mais, essencialmente, uma instância repressiva e transcendente (o rei acima dos seus súditos, o Estado superior ao indivíduo), mas uma instância de controle, que envolve o indivíduo mais do que o domina abertamente", como nos diz Lebrun.

O estado moderno, portanto, é feito menos para punir do que para disciplinar. É claro que concordar com essas afirmações pensando em nosso país, ou mesmo no exercício da nossa profissão exige certo grau de abstração. Primeiro, pela incipiente organização do Estado Nacional; segundo, pela inexistência deste tipo de reflexão na produção teórica em enfermagem, o que significa não só chamar atenção para as relações de poder no processo de trabalho bem como na vida privada das enfermeiras e dos demais profissionais de enfermagem.

Mas é necessário não sermos maniqueístas em nossas reflexões, e lembrar que existe uma permanente transformação e crescimento do poder. E que, para o contexto das políticas de saúde e da sua formulação para a garantia do direito à saúde em particular é fundamental o crescimento e transformação do poder estatal e da chamada sociedade civil. Que fique claro que isso não significa o aumento numérico de ministérios ou o estabelecimento de novos impostos para arrecadar recursos com destinação para a saúde, que, com a manutenção da forma de gerir a coisa pública serão mais uma vez desviados para usos não tão públicos assim. Ou que a organização da sociedade civil e sua prática política reflita a mera reprodução dos mecanismos de manipulação vigentes.

Que fique explícito “que é imanente ao Estado a função pública de assegurar a equidade de acesso aos bens e serviços que potenciam, mantêm ou recuperam as condições de saúde” (Nogueira e Nunes, 1995). E que estas condições, bens e serviços são também objeto de transação no mercado, com base na lógica capitalista do lucro. Deste modo, as políticas de saúde, enquanto decisões autorizadas ou sancionadas pelo governo, são dependentes de estruturas de poder e de suas disputas políticas.

## PODER, TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM

Tentemos nos aproximar do que nos interessa compreender, que é a interface do poder e o trabalho em saúde, no qual se inclui o trabalho em enfermagem.

Considera-se o poder constituído de:

- uma ação;
- do uso de instrumentos e de recursos;
- de uma razão que legitima essa ação;
- de uma norma para sua execução e;
- de um objetivo ao qual se destina a ação.

Deste modo, começa a ficar mais claro o que nós, trabalhadores do setor saúde e, portanto, compondo um grupo de pessoas com algum interesse em comum, temos que considerar com tudo isso. Para reforçar o nosso entendimento, vale utilizar a tipologia de poder de Testa (1995) quando faz sua análise em relação ao setor saúde, identificando os âmbitos onde se desenvolvem as ações que expressam as relações de poder:

- Os conhecimentos, utilizados para o funcionamento do setor saúde, e que definem o PODER TÉCNICO;
- As atividades, que são processos que manejam recursos e que definem o PODER ADMINISTRATIVO;
- A capacidade de desencadear uma mobilização, \_ capacidade essa considerada como uma prática construtora de sujeitos e, junto do saber, entendida como visão do mundo \_ compõem o que é definido como PODER POLÍTICO, resultado da articulação entre o saber e a prática.

O poder técnico, ao lidar com informações, é exercido, de modo mais explícito, na forma como se organiza o processo de trabalho no setor saúde, circulando as informações em âmbitos diversos como nos serviços; docência; investigação; população, etc. Cabe refletir sobre o modo como este poder técnico é exercido pelas enfermeiras. Isto é, de que maneira as enfermeiras combinam os elementos desse exercício, ou seja, o

espaço onde o poder é exercido; as relações estabelecidas entre enfermeiras, entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem; entre enfermeiras e médicos; entre enfermeiras e clientes dos serviços de saúde; entre enfermeiras e outros atores que participam ou intervêm no processo de trabalho; os procedimentos utilizados e os conhecimentos que legitimam esses procedimentos e suas relações.

As enfermeiras têm, na busca de poder técnico no seu trabalho, buscado a legitimação social da profissão pela construção de “saberes” próprios, através das “teorias de enfermagem” e no exercício do poder no espaço físico onde atuam, assumindo a posição de “líderes da equipe de enfermagem” ou chefes de serviços. Este poder técnico tem sido exercido predominantemente para legitimar a autoridade através de práticas autoritárias e da dominação, e para controlar um processo de trabalho fragmentado.

Antes, essa legitimação passava pela escolha de pessoas de classe social “adequada” para ingressar nas escolas de enfermagem, e hoje pela busca frenética de titulação acadêmica e publicação de conceitos e palavras que não se sabe ao certo a que contribuem.

Para a maioria das enfermeiras não existe sequer a discussão do significado político que é portador todo conhecimento, ao conferir a quem o detém a capacidade e, portanto, poder de transformar a natureza, e nem dos processos e métodos usados nesta transformação. A nossa capacidade de transformação ainda é incipiente como consciência política. No exercício do nosso poder técnico desconhecemos os novos conhecimentos produzidos, a não ser os de interesse para o consumo tecnológico no setor saúde, que necessariamente não resolve os problemas de saúde da maioria da população. Ou optamos, na prática, por não compartilhar o conhecimento adquirido com os outros profissionais de enfermagem, para cada vez mais exercer um controle maior sobre eles.

Deste modo, não contrapomos nossa prática às práticas hegemônicas nos serviços de saúde e contribuimos para a manutenção do atual modelo de atenção do nosso sistema de saúde. Abrimos mão, assim, de nossa legitimação social, por não contribuir efetivamente para a mudança da situação de saúde da população.

O poder administrativo, por sua vez, tem sido exercido geralmente de forma incipiente por enfermeiras. Sintetizado, prioritariamente nos países capitalistas através das diversas formas de financiamento do setor saúde, as decisões referentes a este processo não têm envolvido diretamente as enfermeiras. Podemos considerar, no entanto, que as enfermeiras exercem um poder administrativo num sentido mais amplo, isto é, expressado na execução de atividades relacionadas com o manejo de recursos em geral. E, nesta direção, um aspecto relevante da prática das enfermeiras é o papel de gerenciador de recursos e do processo de trabalho em enfermagem.

Merece referência um campo novo que se abre para o trabalho da enfermeira, e em particular para o exercício do poder administrativo. Estamos falando do controle de custos, atualmente desenvolvido principalmente em organizações hospitalares do setor privado, e que tem envolvido enfermeiras, por, hipoteticamente, estas possuírem uma maior capacidade de controlar, no processo de trabalho, as atividades; ou por ser o serviço de enfermagem o que maior amplitude e presença quantitativa tenha, principalmente na atividade hospitalar; ou talvez porque o nosso maior saber seja efetivamente ser os olhos do poder. Ou os próprios olhos do poder, este olho que nos olha da marca deste XLVII Congresso Brasileiro de Enfermagem.

Desde o século XIX, no Brasil, a presença das enfermeiras e enfermeiros ainda não profissionais se traduziu nos serviços de saúde com a preocupação com a visibilidade dos espaços, com a organização racional das instituições sociais. Esta intervenção transformou os hospícios em hospícios medicalizados, e institucionalizou a regulação e controle dos corpos nos serviços de saúde. Não são as enfermeiras hábeis

observadoras, escrutinadoras e registradoras da ordem, da norma e disciplina ao longo da história da enfermagem como profissão? A quem tem servido o nosso olhar? E em que direção temos olhado?

Quanto ao PODER POLÍTICO e seu exercício em enfermagem seriam inúmeros os aspectos a destacar:

- a) Primeiro, que a capacidade de mobilização, inerente a essa categoria de poder, tem sido muito mais um poder potencial que efetivamente exercido na enfermagem;
- b) Que a análise do poder político da enfermagem passa, necessariamente, pela análise da formação de grupos de interesse em nossa sociedade e das formas de organização destes grupos e de suas demandas. Seguindo esse raciocínio teríamos que analisar também o papel das trabalhadoras de enfermagem enquanto atores sociais individuais e agentes das relações nas formas de organização e produção no setor saúde e no sistema social em geral;
- c) Que a análise do poder político está explicitado no grau de consciência, identidade coletiva e valores no campo da enfermagem. E quais são eles?

Se a consciência social e individual passa, na sua transformação ou consolidação, por um processo de transmissão de ideologia - e ideologia é saber, como visão de mundo, como prática e como construtora de sujeitos, - podemos dizer que a visão de mundo hegemônica na enfermagem tem sido a visão de mundo dos que detêm o poder. Quase sempre "um poder como exercício da violência - uma coação para obrigar a um certo comportamento" (Testa, 1995), não importando a identidade deste sujeito.

Quanto à identidade coletiva em enfermagem, o que podemos discutir? Que as formas de poder nas quais o trabalho em enfermagem se realiza determinam condições autoritárias e a formação de sujeitos também autoritários. Neste momento podemos registrar que as questões de gênero, componente de muitas das análises atuais sobre a nossa profissão e sua prática, devem permear toda essa discussão. Afinal estamos discutindo o poder e suas formas relativamente a uma profissão cujas agentes são majoritariamente mulheres. E lembrar que são as mulheres as responsáveis pela formação de novos indivíduos em nossa sociedade. E do poder feminino enquanto uma força da natureza, antes de poder realizar-se como força social que tem sido útil para manutenção do estado de coisas, e muito pouco ainda para sua transformação.

Deste modo, com quem nos identificamos, se nossa prática hegemônica tem contribuído para manter os mecanismos autoritários das relações entre os profissionais de saúde e destes com os pacientes, usuários, clientes? E o nosso objetivo dito maior, o de servir/assistir/curar, tem servido a quem? A que propósitos? A que objetivos políticos?

Sabemos que os objetivos políticos no sistema e nos serviços de saúde se expressam materialmente através do modelo de atenção à saúde. O modelo prevalente hoje no Brasil é baseado no poder e na prática médica, direcionada para o indivíduo, para os aspectos biológicos do processo saúde - doença e predominantemente privado, injusto e desigual. E este é outro lado de uma moeda complexa que não pode ser esquecida para os interessados em aprofundar a análise.

Mas o que importa aqui não é alcançar a vitória de uma tese. É sim reconhecer uma lógica e uma coerência na construção mais paradoxal - e qual paradoxo será maior que enfermeiras entendendo qual poder em ato pode ser exercido?

Tradicionalmente submetidas ao exercício de poderes que variam entre a manipulação e o aliciamento devemos considerar em nossa análise a situação atual e a capacidade de organização e mobilização das entidades de enfermagem e da sociedade em geral, mesmo reconhecendo os muitos avanços políticos no pronunciamento e lutas de entidades sindicais e da ABEN/Associação Brasileira de Enfermagem, e mesmo da presença de enfermeiros em órgãos colegiados como o Conselho Nacional de Saúde. Reconhece-se a

existência de uma vanguarda política na enfermagem, mas sem um projeto político que agregue todos os interessados e ainda sem demonstrar sua capacidade de direção.

O que é relevante no momento é reiniciar nossa trajetória por um novo caminho, onde a história da enfermagem não seja parte da ciência da infelicidade de homens e mulheres, mas a história dos que constroem, sem manipulação ou coerção.

Suponhamos uma nova utopia: a expressão dos poderes como “vontades de potência não disfarçadas”. Reconhecendo quem poderia melhor exercê-lo e, decidindo politicamente onde depositar as nossas esperanças. Mas como nos libertar das “conversas de comadres”, do tom melífluo, e nos enxergar no mundo, por inteiro? Eis o que disse Galileu: “A filosofia está escrita nesse imenso livro que continuamente se acha aberto diante de nossos olhos (falo do universo), mas não se pode entender se antes não se aprende a compreender a língua, e conhecer os caracteres nos quais está escrito (...) sem eles é rodar em vão por um labirinto escuro” (Calvino, 1993 citando Galilei Galileu, Saggiatore, 6). Como os caminhos que se bifurcam e que parecem sempre iguais, mas não o são.

## REFERÊNCIAS

Calvino, Ítalo. **Por que ler os clássicos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

Lebrun, Gérard. **O Que é Poder**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

Nogueira, André e Nunes, Edson. “Instituições, poder e política na saúde: um marco de referência”. **Organização Pan-americana da Saúde**, 1993. 60 p. (Série Desenvolvimento de Políticas de Saúde, 2).

Testa, Mário. **Pensamento Estratégico e Lógica de Programação. O Caso Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Editora HUCITEC / ABRASCO, 1995.

Testa, Mário. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992.