

AS INTERFACES DO PODER: UMA ANÁLISE SOBRE O TRABALHO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

*THE INTERFACES BETWEEN POWER: AN ANALYSIS OF THE WORK OF A
MULTIDISCIPLINARY HEALTH TEAM*

DOI: <http://dx.doi.org/10.16891/2317-434X.v9.e1.a2021.pp850-861> Recebido em: 02.08.2020 | Aceito em: 30.09.2020

***Pollyana Almeida Santos^{a*}, Elisa Maria Andrade Brisola^a,
Suzana Lopes Salgado Ribeiro^{a,b}***

***Universidade de Taubaté^a
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS^b
E-mail: pollyalmeida@gmail.com***

RESUMO

A divisão técnica e social do trabalho em saúde, característico do mundo capitalista contemporâneo, deixa complexa a tarefa de se proporcionar um cuidado integral e dificulta a prestação de um serviço interdisciplinar. Este trabalho adotou a metodologia da história oral para analisar as relações de poder entre os integrantes da equipe multiprofissional em saúde. Foram analisadas as narrativas de 07 profissionais que atuavam em um hospital na região metropolitana do Vale do Paraíba. O método de análise do corpus documental foi a triangulação de dados. Evidenciou-se três interfaces principais do exercício de poder que se inter-relacionam: o gerencial, o saber e o cultural. Ademais, percebe-se que há elevada competitividade entre os profissionais e um medo da inutilidade característicos da cultura institucionalizada.

Palavras-chave: História Oral; Poder; Equipe Multiprofissional; Saúde.

ABSTRACT

The technical and social division of health work allows a complex task to offer comprehensive care and hinder the provision of an interdisciplinary allowed service. This work has adopted an oral history methodology to analyze how the power relations between members of the multiprofessional health team. The 7 narratives of professionals who work in a hospital in the metropolitan region of Vale do Paraíba were analyzed. The method of analysis of the documentary corpus was a data triangulation. Three main interfaces of exercise that could be interrelated were evidenced: the managerial, the knowledge and the cultural. It is clear that there is high competitiveness among professionals and a fear of uselessness, characteristics of institutionalized culture.

Keyword: Oral History; Power; Multiprofessional Team; Health;

INTRODUÇÃO

Os cuidados promovidos por profissionais de saúde em hospitais e instituições, influenciados pelas relações de mercado, passaram por um processo de transformação. Contudo, a medicina – como uma forma de organização das medidas sanitárias e controle da população – possuem relações antigas com o poder, tendo em vista, que o domínio da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência e pela ideologia, mas também pelo corpo. E este corpo pensado como força de trabalho passa ser um campo de investimento político e social (FOUCAULT, 2018).

Para entender o contexto contemporâneo do trabalho em saúde, e, os próprios profissionais da saúde, é preciso descrever em quais condições o mundo industrial e financeiro modificaram a organização do trabalho. Aliás, como pontua Antunes (2014), a partir da reestruturação produtiva iniciada na década de 1970, o trabalho de um modo geral perde sua relevância, já que, houve uma consequente substituição do homem pela máquina. Ademais, houve o crescimento das desigualdades econômicas e a fragmentação das instituições tornaram as condições sociais instáveis, modificando a cultura e a subjetividade humana (SENNETT, 2009).

Desta forma a nova organização do trabalho, e a consequente especialização das atividades, contribuíram para o controle e alienação do trabalhador. Afinal, as formas flexíveis de acumulação e o Toyotismo contemplam métodos sofisticados de controle, tais como, lean production e programas de qualidade total (ANTUNES, 2014).

O mercado da saúde brasileiro percorreu um caminho semelhante, já que sistemas de qualidade foram implantados. Em 1999, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi fundada por entidades públicas e privadas do setor de saúde e propunha um método para avaliação dos serviços prestados à população (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2019). Os métodos de gestão também foram aperfeiçoados dentro dos hospitais, distanciando-se do modelo de assistência aos pobres.

Em consonância a esta realidade, foi estabelecido o papel do chamado executivo em saúde dentro das unidades hospitalares. A gestão dos serviços passa a ter um papel fundamental no resultado financeiro. Afinal, o hospital é visto como uma empresa complexa, que agrega diferentes serviços de apoio ao assistencial, como hotelaria, nutrição, logística, etc (LIMA-GONÇALVES; ACHÉ, 1999).

Economicamente, o setor da saúde é bastante

diversificado, representado pelo segmento produtivo (indústria farmacêutica, vacinas, hemoderivados, reagentes para diagnóstico, de equipamentos e materiais médicos) e pelo segmento de serviços (hospitais, clínicas, laboratório e outros serviços diagnósticos), que emprega 12% da mão de obra ocupada nacional.

Tal complexidade, compreende um conjunto de atividades produtivas que mantém relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços (GADELHA, 2003). Desta forma, é notório como as técnicas de organização do processo produtivo também influenciaram a sistematização do cuidado nas instituições hospitalares. Afinal, a lógica capitalista permeia as relações de trabalho dentro das instituições hospitalares, logo, torna-se, fundamental compreender a organização laboral, e, conseqüentemente, as relações de poder que envolvem os diferentes profissionais de saúde.

Oliveira e Lacaz (2012) definem o trabalho em saúde como o cuidar, contudo, reconhecem que a divisão técnica e social do trabalho em saúde deixa complexa a tarefa de se proporcionar um cuidado integral para os indivíduos. Hoje, existe um processo de transferência dos serviços de saúde para a gestão privada, somada a introdução de estratégias racionalizadoras da vida organizacional, com forte impacto na autonomia dos trabalhadores.

É preciso ressaltar que as estratégias racionalizadoras e disciplinadoras tem como meta principal a funcionalização do serviço, a previsibilidade e homogeneização, objetivando um tipo ideal de cuidado. Além disso, a partir da década de 1990 com a adoção das políticas neoliberais, as intuições de saúde estão cada vez mais distantes das bases sociais que construíram o Sistema Único de Saúde (SUS), assim, o hospital anteriormente autônomo em relação à economia política de mercado passa a seguir as mesmas diretrizes de produtividade, competitividade e rentabilidade (OLIVEIRA; LACAZ, 2012).

Desta forma, os profissionais da saúde se afastam das bases ideais de trabalhadores emancipados, desalienados, autônomos e comprometidos com um ideal de saúde e são inseridos em uma lógica de mercado. Pensando nisto, as divisões técnicas relacionadas a cada atividade ocupacional geram diferentes níveis de autonomia na prestação da assistência ao paciente, além de conflitos mediados por variadas visões de mundo. Logicamente, a construção da identidade profissional de cada especialista (médicos, enfermeiros, farmacêuticos etc.), aconteceu historicamente e culturalmente de forma diferente.

Conforme reflexões apontadas por Giddens (2002), o mundo que vivemos agora é, em certos aspectos, muito diferente daquele habitado pelos homens em períodos anteriores da história. Este mundo moderno cria formas de fragmentação e dispersão, o que intensifica a separação entre os campos de saber, mesmo dentro da área de saúde, hierarquiza conhecimentos e dificulta o trabalho (ou mesmo a existência/convivência) em equipe, ao mesmo tempo que tenciona os objetivos de cuidado e atenção aos pacientes.

Assim, é interesse deste artigo estabelecer quais relações de poder permeiam o cotidiano dos profissionais de saúde em uma instituição. Para tanto, foi preciso debruçar-se sobre um quadro teórico bastante complexo sobre o conceito de poder.

Complexo, já que a própria palavra pode ser percebida sob diferentes perspectivas, tais como, a jurídica, a política, a sociológica e a filosófica. Aliás, o próprio entendimento sobre o poder deve ser “móvel” e interdisciplinar (HAN, 2019). Foucault (2018) argumenta que se quisermos apreender os mecanismos de poder em sua complexidade e detalhe, não poderemos nos ater unicamente à análise dos aparelhos de Estado, mas é necessário uma observação de como as estruturas de poder são irradiadas pela sociedade agindo através das relações, que se exercem e interagem. Ou seja, o poder não pode ser compreendido como algo pré-existente aos sujeitos, ele se concretiza nas relações em que os diferentes sujeitos estabelecem.

Dessa maneira, nesta pesquisa entende-se que o poder, neste momento de nossa história contemporânea frente a configuração do neoliberalismo, está além da opressão e inclui mecanismos de gerenciamento da vida dos homens com objetivo de aumentar a produtividade. Certamente, tal poder se estrutura nas relações em níveis macro e micro, e será encontrado nas instituições, tal como o hospital, e nos indivíduos estudados.

Este trabalho utilizou entrevistas de História Oral (HO), a partir do referencial produzido por pesquisadores como Meihy e Ribeiro, para analisar as relações de poder entre os integrantes da equipe multiprofissional em saúde dentro do ambiente de trabalho. Tal análise se baseará na produção de teóricos como Antunes, Alves, Giddens e Sennett. Compreende-se que ao falar com os diferentes sujeitos e estabelecer um processo de comunicação não-violenta, os registros das entrevistas podem trazer relevantes informações, e possibilitou o entendimento de como as relações de poder influenciam nos relacionamentos humanos no setor da saúde. Tal análise pode contribuir com melhora na compreensão das dinâmicas profissionais, e conseqüentemente, a partir de uma visão crítica, pode possibilitar mudanças nas

estruturas hoje desgastadas pelas divisões e disputas de categorias profissionais.

MÉTODOS

O artigo é parte de pesquisa realizada para a dissertação de mestrado, já concluída, intitulada “Trabalho e Autoridade: as relações de poder em uma equipe multiprofissional de saúde” cujo objetivo foi analisar as relações de poder estabelecidas entre os integrantes da equipe multiprofissional de saúde, em seu exercício profissional em um hospital geral.

Esta investigação de abordagem qualitativa trabalha com atitudes, crenças, comportamentos e ações, buscando entender a forma como indivíduos interpretam e conferem sentido a suas experiências e ao mundo em que vivem. Para tanto, adotou-se a História Oral, que consiste em um “processo de trabalho que privilegia o diálogo e a colaboração de sujeitos considerando suas experiências, memórias, identidades, e subjetividades, para a produção do conhecimento” (CARVALHO e RIBEIRO, 2013, p. 13).

Portanto, a documentação derivada da oralidade foi privilegiada, mas outras fontes foram incluídas para elucidação dos fatos apresentados. Isto permitiu compreender o cenário social no qual o estudo se insere.

O trabalho de registro das narrativas analisadas neste artigo foi desenvolvido a partir da metodologia da história oral, fundamentada nos trabalhos dos pesquisadores da Rede Neho - Núcleo de Estudos em História Oral, que pode ser definida como um “conjunto de procedimentos que se iniciam com a elaboração de um projeto e que continua com a definição de um grupo de pessoas a serem entrevistadas (MEIHY; RIBEIRO, 2011, p. 12).

Com base na fundamentação teórico-metodológica, foram registradas entrevistas em áudio e em um único encontro, entre os meses de janeiro a julho de 2019, com duração média de 50 minutos. É interessante ressaltar que neste trabalho, os participantes da pesquisa são denominados de colaboradores, pois, compreende-se que o trabalho de produção da narrativa é ação de labor conjunto (MEIHY e RIBEIRO, 2011). Assim, o uso do conceito de colaboração marca uma postura assumida durante a realização da entrevista (papel da mediação e colaboração). Tal postura assegura que o interlocutor possa narrar livre e democraticamente e garante que a escuta seja ética.

Os colaboradores escolhidos são trabalhadores da área saúde de um hospital de alta complexidade, localizado no Vale do Paraíba Paulista e pertencem a diferentes categorias profissionais. Foi solicitado a

autorização desta instituição para a realização do trabalho de campo, assim como, a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (CEP-UNITAU). Para a seleção dos participantes foram considerados todos os cargos relacionados a equipe multidisciplinar em saúde atuantes na instituição.

Os critérios de inclusão dos participantes foram o interesse voluntário de profissionais de áreas distintas pertencentes à instituição, independentemente do sexo ou cargo. Os critérios de exclusão foram trabalhadores que atuem de forma esporádica (estagiários e jovens aprendizes); funcionários das áreas de apoio, tais como, hotelaria, manutenção, medicina do trabalho, recursos humanos e contabilidade.

Os participantes foram escolhidos de forma intencional. Respeitou-se as regras institucionais e os contatos foram mediados pelo do Instituto de Ensino e Pesquisa interno. Este departamento forneceu as informações relevantes, tal como, lista de funcionários atuantes nas áreas e o nome dos líderes de cada setor. Foi realizado um sorteio e estabelecido um ponto zero – primeira pessoa com quem foi estabelecido contato (MEIHY, 2005). A partir disto um entrevistado indicou outro, formando redes, demonstrando relações e argumentos do grupo, iniciando com o Enfermeiro e sequencialmente, Psicólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista, Médico, Administrador, Farmacêutica e Fonoaudióloga. Quando necessário, os coordenadores e gerentes das áreas foram consultados, tendo em vista, os processos de setorização do hospital. Assim, respeitou-se as decisões sobre o acesso ao colaborador de cada departamento.

Desta forma, foram abordados 07 (sete) colaboradores, formando o seguinte quadro: 01 (um) administrador; 01 (um) fisioterapeuta; 01(um) enfermeiro; 01 (um) fonoaudiólogo, 01(um) farmacêutico, 01(um) médico e 01 (um) psicólogo. Cabe ressaltar que não foi possível a inclusão do profissional de nutrição, uma vez que o supervisor não permitiu a realização da entrevista dentro do estabelecimento.

Os narradores foram nomeados segundo a sua profissão, exceto o administrador que solicitou que fosse chamado de Gestor. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, posteriormente transcritas e transcriadas. Após a fase de construção do corpus documental, foi estabelecido uma etapa analítica que consistiu em

reflexões teóricas sobre o material construído e de possível diálogo com outras fontes e bibliografia.

O procedimento para análise dos dados foi a triangulação de métodos. Esta técnica é voltada a interpretação de dados qualitativos e favorece o processo de análise indutiva dos elementos coletados, pois permite que o pesquisador possa lançar mão de três técnicas com vista a ampliar o universo informacional em torno do objeto de pesquisa (MARCONDES; BRISOLA 2014).

RESULTADOS

O mercado¹ é composto por estruturas sociais que remetem a relações entre instituições, trabalhadores, fornecedores, clientes e governos. Ademais, as relações de consumo modificam os significados para estabelecer diferentes relações de *status* e moralidade. Ademais, a cultura está envolvida na troca mercantil, pois “o consumo reproduz as vidas materiais dos consumidores e os provê de meios para expressar suas identidades e afiliações a grupos de status” (FLIGSTEIN; DAUTER, 2012; p.491). Evidentemente, tais estruturas sociais expressam as contradições das sociedades capitalistas e produzem relações igualmente contraditórias em relação aos indivíduos e os lugares que socialmente ocupam.

Neste sentido, o mercado está longe de ser uma força que possa ou pretenda promover igualdade social. Aliás, a concorrência de mercado, no contexto das leis que garantem a propriedade privada, é o principal fator de exclusão na sociedade capitalista, enquanto que, os monopólios de grupos de *status*, incluindo aqueles originados de credenciais educacionais são importantes, mas um meio secundário de monopolização (MURPHY, 1984).

Outrossim, os requisitos de aprendizagem para a entrada na aristocracia trabalhista são estabelecidos pelos empregadores e beneficiam aqueles que normalmente já exercem o poder (MURPHY, 1984). Em saúde essa realidade não é diferente. Afinal, a saúde no Brasil é marcada por contradições históricas as quais foram acirradas com o processo da globalização (ANTUNES, 2014), pois o complexo médico-industrial é um dos polos mais ativos do capitalismo contemporâneo (GADELHA, 2003), influenciando o modo de pensar a saúde como uma mercadoria e gerador de lucro.

A instituição estudada é pública, contudo, não se

¹Dentro dos estudos foucaultianos, o mercado deixa de ser um espaço físico de circulação de mercadorias, considerado anteriormente um local de justiça. Assim, a partir de sua análise histórica, o mercado assume dentro do contexto do liberalismo e do neoliberalismo termos de racionalidade governamental, em que há interrelações de poderes entre: Estado, sociedade

civil e instituições diversas. Já que “o liberalismo deve ser analisado, então, como princípio e método de racionalização do exercício de governo — racionalização que obedece, e aí está sua especificidade, à regra interna da economia máxima” (FOUCAULT, 1970-1982, p.68).

trata de um hospital sob gestão direta, pois a administração é responsabilidade de uma sociedade eclesiástica de direito privado, e que de acordo com o modelo de contratualização, possui metas estabelecidas de atendimento com a Secretaria de Saúde do Estado de Paulo (SES/SP). É considerado um nosocômio de grande porte por possuir acima de 150 leitos, além disso, possui capacidade para atendimento dos pacientes de saúde suplementar, embora mais de 80% de suas vagas sejam destinadas aos pacientes do Sistema Único de Saúde procedentes da Central de Regulação do Departamento Regional de Saúde.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios em um país com uma enorme desigualdade social, especialmente quando o Estado se volta prioritariamente aos interesses do mercado, levando, inclusive, ao aumento da prestação de serviços privados em saúde (ELIAS, 2004).

Assim, sabe-se que o sistema de saúde foi estruturado a partir de uma luta pelo direito à saúde e a própria democracia, e pode ser considerado, um sistema singular, já que a saúde passa a assistir a qualquer cidadão, ou seja, garante o atendimento assistencial a todos os brasileiros e estrangeiros que transitam no país. Portanto, o SUS é uma política social contra-hegemônica, desta forma, a precarização dos serviços e da própria estrutura pode trazer sérios danos a sociedade brasileira (BRASIL, 1990).

Na realidade, a saúde desperta o interesse de muitos investidores, pois entendem que este setor pode ser uma fonte inesgotável de lucro. Tal situação, levou a proliferação da prestação de serviços privados em detrimento do público. Isto tem trazido sérias consequências na estrutura dos serviços em saúde no país (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, nota-se que a competitividade e a lógica de mercado influenciam os profissionais de saúde desta pesquisa, na medida em que os narradores tentam delimitar o seu espaço e sua posição hierárquica em seu ambiente de trabalho. A competitividade no próprio grupo profissional ficou evidente, assim como, entre as diversas categorias. Dito de outra forma, os colaboradores buscam melhorar “o preço de venda do seu serviço” e buscam vantagens simbólicas durante o exercício da ocupação. Esta “disputa de mercado” aparece expressa na fala da Fisioterapeuta:

Aquele que atende pelo menor valor diz que precisa trabalhar, então não há um consenso. Há disputas pessoais para se atender muitas pessoas a um custo muito baixo. O convênio não remunera adequadamente, o SUS não tem condições de pagar e o dono da clínica não quer

pagar. Há muitas brigas. Sempre ouço: você não pode abaixar o valor um pouquinho? Está muito alto! Quantas horas você vai ficar comigo? É valor de médico?! Não! Essa é a nossa profissão, merecemos cobrar esse valor. As pessoas aceitam pagar um valor maior para o médico, pois é ele que cura! É ele que realiza a cirurgia e que fornece o diagnóstico. Afinal, não vou pagar R\$ 100,00 para mexer o braço e a perna! (FISIOTERAPEUTA, 2019)

Percebe-se nesta fala, como a “cultura da concorrência”, delimitada pela lógica de mercado, afeta a prestação do serviço, assim como, a própria organização do trabalho dentro do âmbito privado, do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar. Além disso, a fala demonstra a hierarquização entre os (saberes) profissionais da saúde. O médico é considerado pela maior parte dos usuários do serviço como aquele que cura, isso é valorizado e, por essa razão, o preço pago em sua consulta não é discutido. Ao contrário, “mexer o braço e a perna”, considerada socialmente uma atividade manual, denota um entendimento de menor “conhecimento especializado”, e, portanto, menos valorizada. A visão de pacientes em relação ao trabalho do fisioterapeuta pode ser explicada pela própria origem da profissão que “emergiu a partir de vários conhecimentos e práticas, basicamente das profissões de enfermagem, medicina e educação física. Cada uma dessas profissões agregou saberes que permanecem no cotidiano do fisioterapeuta na atualidade” (ESPÍNDOLA; BORENSTEIN, 2011, p. 394) e, embora a profissão tenha construído uma identidade profissional íntegra a equipe interdisciplinar na área da saúde pública desempenhando ações tanto na atenção primária, como em setores mais complexos, como Unidades de Terapia Intensiva (UTI), as autoras apontam o quanto os profissionais ainda são reconhecidos e desvalorizados pelas práticas embrionárias da profissão.

Isto corrobora com a cultura atual, afinal, o modelo econômico de hoje promove uma valorização excessiva da qualificação constante e do trabalho considerado intelectual. De certa forma, o modelo econômico enfoca o desempenho individual imediato e de curto prazo. Gera-se um clima hostil e competitivo até mesmo entre trabalhadores de uma mesma categoria. Ademais, a burocracias modernas mascaram as práticas de dominação, afinal, o “líder” (no léxico administrativo) existe para orientar através de sua influência um grupo, mas os fracassos tornam-se individuais e supostamente ligados a uma ausência de qualificação ou habilidade para o trabalho.

Assim, entende-se que o capitalismo suprime a

liberdade por meio de um conjunto de normas estabelecendo a padronização dos indivíduos, e porque não dizer, de seus trabalhos. Atualmente, o tempo de trabalho e a vida são fiscalizados, mas é interessante pensar sobre como o sistema é internalizado de modo que cada um, dentro da sua rotina, vigia os demais. Conforme explicitado por Alves (2011) e Antunes (2008 e 2014), sob a nova morfologia do trabalho o controle se dá por meio da captura da subjetividade dos trabalhadores os quais tomam os objetivos da empresa como seus, aprofundando o individualismo. Sobre essa questão ressaltou o enfermeiro:

Competição é bacana ter, mas tem de ser algo justo. A competição desleal acontece, quando um colega vê alguma coisa errada e logo já faz um memorando para a coordenação. Acaba virando um balaio de gato. Claro, não podemos confundir, se são situações que colocam em risco o paciente, realmente você deve levar à coordenação. Contudo, há situações que nós mesmos podemos resolver. Chamo meu colega e oriento. Peço mais cuidado. Primeiro, se conversa, mas não. Logo vão colocando a faca nas costas. Isto não é legal, não acha? Falta união. (ENFERMEIRO, 2019).

Percebe-se, a partir da fala do entrevistado que ele entende a competição como algo positivo, porém, não a vê como um elemento desmobilizador da solidariedade de classe. Evidentemente, no âmbito da saúde, a atenção na prestação do serviço deve ser pautada em princípios éticos, contudo, na situação relatada parece que entre colegas de trabalho a competição é algo positivado, auxiliando no controle do trabalho e dos trabalhadores. Como demonstra Antunes (2014), muitas empresas adotam diferentes mecanismos de controle, por meio de campanhas que estimulam a produtividade, e, ao mesmo tempo, a competitividade. Estas estratégias pacificam o trabalhador e aumentam de forma inconsciente o seu ritmo de trabalho.

O que ajuda nesta passividade é a grande massa de desempregados e o medo de perder o emprego, afinal, na "sociedade das capacitações", muitos daqueles que estão sem emprego possuem educação e capacitação. Da mesma forma, há uma "ameaça do fantasma da inutilidade" ocasionada pela disponibilidade de mão-de-obra, a automação e a gestão do envelhecimento (SENNETT, 2006). A Farmacêutica demonstra um temor similar ao dizer que percebe o quanto não faz diferença dentro do processo de cuidado em saúde.

Gozado, em muitos momentos, percebo que as coisas que eu faço, outra pessoa poderia ter

feito. Não precisa de mim como farmacêutica! Quando deixo de fazer a farmácia clínica, não aconteceu nada por causa disto. É uma indiferença. Tudo continuou nada parou! (FARMACÊUTICA, 2019)

Neste contexto competitivo, os profissionais de maneira geral, declaram como um profissional vigia o outro. Assim, são estabelecidas relações entre sujeitos no cotidiano, proporcionando micro-relações de dominação. Estas relações são percebidas e propagadas pelas instituições (FOUCAULT, 2018), o que se observa no hospital estudado.

Por outro lado, a própria estrutura matricial se torna um elemento fundamental do capitalismo e do espaço urbano. Os cuidados em domicílio deixam de ser viáveis por razões que são tanto econômicas quanto médicas, já que a institucionalização da doença - a hospitalização - foi estimulada e mercantilizada. Entretanto, este espaço somente deve receber os doentes por meio de parecer e requerimento dos médicos (FOUCAULT, 2018).

Frente a esta realidade, em que o médico dá o aval para uma internação, prescrição de medicamento ou curativo, o Gestor (administrador hospitalar) entende que seu papel é conciliar as demandas da alta direção com as expectativas do corpo clínico, já que este agente tem um papel importante na obtenção dos resultados econômicos em saúde, devido a sua relação com o paciente. Em outras palavras, o médico traz o doente até a instituição, que é o principal negócio do hospital. Assim, ele tem um poder – mercantil – maior que os demais profissionais da saúde que atuam na instituição.

Já em relação aos profissionais da saúde, quem mais influência no meu processo de trabalho são os médicos. Afinal, dentro da área hospitalar, existe uma concepção de que o médico é um cliente e tudo deve ser feito para agradá-lo. Na prática, você direciona as demais frentes de acordo com a necessidade do médico (GESTOR, 2019).

Este processo específico de conciliação de interesses é citado por Murphy (1984), pois, a educação e o "saber em si" não garantem acesso às classes mais privilegiadas ou a um trabalho valorizado. Afinal, é o próprio mercado, que dominado por um determinado grupo direcionam a necessidade do trabalho, o valor e a natureza das credenciais para distribuir cargos ou privilégios.

Os hospitais foram construídos ao longo do século XVIII, momento em que o poder médico foi

consolidado, pois, os mecanismos de dominação vigentes, entendiam que os traços biológicos de uma determinada população eram elementos pertinentes para uma gestão econômica. Portanto, necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegurasse, não apenas sujeição do indivíduo, mas o aumento constante de sua utilidade. Assim, a medicina como técnica geral de saúde, mais do que como serviço das doenças e arte das curas, assumiu um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nessa maquinaria do poder (FOUCAULT, 2018).

Nas narrativas dos entrevistados, percebe-se que mesmo contemporaneamente, os profissionais de farmácia, fonoaudiologia, enfermagem, fisioterapia e psicologia quase não se referem aos profissionais não-médicos. Em contrapartida, já os profissionais da Enfermagem estão presentes em todas as entrevistas.

Nós dependemos da enfermagem, pois conduzem o cuidado. É através deles que sabemos como estão o paciente, eles que pegam os exames e sabem a rotina do setor. Qual paciente foi para “tomo”, “raio-x”, se foi para

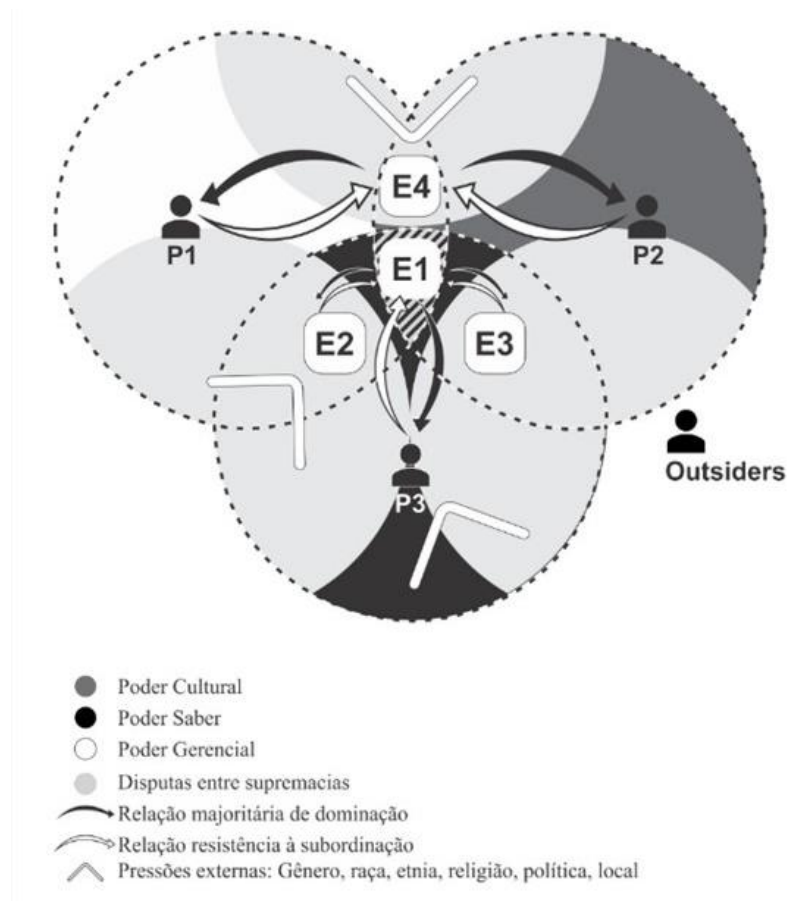
“Reop”. Isso é tanto para as enfermarias como para as unidades de terapia intensiva (FISIOTERAPEUTA, 2019).

Infere-se, a partir desta constatação, que o hospital moderno ainda conserva muito da estrutura de dominação dos séculos anteriores. Contudo, o que chama a atenção é um novo poder gerencial que está presente nas narrativas, exceto na do Enfermeiro.

Este poder administrativo foi abordado muitas vezes de forma sutil, mas persistente. Sua figura não aparece como central, mas sua importância é incontestável e paira sobre todos os fazeres, inclusive os do médico. Isto demonstra a capacidade de reestruturação de mercado e a mercantilização de todas as esferas da vida social, inclusive da saúde.

Neste sentido, estabelecem-se três principais relações de poder entre os colaboradores estudados, esquematizados na figura 1. São eles: a) poder-gerencial decorrente da burocracia institucional; b) poder-saber decorrente da autoridade do saber científico e conhecimento especializado e c) poder-cultural decorrente do capital cultural acumulado.

Figura 1. Relação entre os diferentes tipos de poder entre os profissionais estudado



A Elite profissional (figura 1), representada pela letra E, está na intersecção destas forças, e de fato, representam vantagens superiores a um determinado indivíduo que ocupa outro espaço. Contudo, as fronteiras não são bem definidas, pois, um sujeito pode migrar de uma condição mais ou menos favorável, dependendo das circunstâncias da época ou do local. Isto significa, por exemplo, que um diretor de um hospital pode ocupar uma posição de maior privilégio e *status* no espaço burocrático, contudo, poderá ter sua força contestada ou reduzida em outro ambiente. Por isso, os cargos considerados de liderança podem proporcionar mais do que um ganho real financeiro, ou seja, permitem um “lucro” simbólico, conforme pontua o Gestor:

Contudo, de uma maneira geral, acho que o negativo é que o poder sobe à cabeça e, se você não trabalhar isso no dia a dia, esquece o lado positivo muito fácil. Afinal, é muito fácil você se acostumar com um cargo de liderança e esquecer a sua própria história. Dessa forma, começa a tratar os subordinados de uma forma diferente daquela que gostaria de ser tratado quando ocupava a mesma função (GESTOR, 2019).

Outros fatores, como a construção social da profissão, raça, religião e questões macroeconômicas influenciam na posição atual do indivíduo, e, conseqüentemente, no aumento ou diminuição da sua força social. Pode-se compreender como a cultura afeta não somente a construção de uma profissão, mas própria posição do sujeito em meio às relações estabelecidas.

O salário é aquilo que eu esperava, mas entendo que não é o ideal. Porque ele não consegue manter a formação continuada do psicólogo. Além disso, independentemente da linha teórica que o psicólogo segue é recomendado que ele faça sua própria terapia. Mas não tem como com essa carga horária e com esse salário. Alguns profissionais de nível técnico ganham mais que um psicólogo graduado aqui na instituição. De qualquer forma, essa vaga foi muito importante para mim que estou no início da carreira. Aqui é uma escola, há muitos casos diferentes. Então, seria bom se o salário pudesse ajudar na minha formação, como ir a eventos, comprar materiais, livros, entre outras coisas (PSICÓLOGO, 2019).

De forma inconsciente, o profissional declara que o nível salarial deve ser proporcional ao nível de escolarização, especialmente dentro de uma cultura que valoriza o conhecimento e a especialização. Hoje, os “títulos de nobreza” estão relacionados ao grau de instrução, e, conseqüentemente, ao capital cultural adquirido.

Esta é outra dimensão da “nova morfologia” do trabalho na medida em que não apenas os processos de trabalho são flexibilizados, mas, os salários também conforme explica Alves (2011, p.3) “a incerteza e instabilidade das novas modalidades de contratação salarial e a vigência da remuneração flexível alteram, do mesmo modo, a troca metabólica entre o homem e os outros homens (a dimensão da sociabilidade”, ou seja, a diferenciação de contratos acaba por gerar a diferenciação salarial, promovendo, dessa maneira, a diferenciação até mesmo entre profissionais com mesmo nível de formação ou qualificação.

Este termo utilizado por Bourdieu (2017) pode explicar as diferentes hierarquias de valor, pois para ele existe uma relação evidente entre o capital escolar e os ensinamentos não alcançados pelo ensino formal, ou seja, uma cultura herdada pela família e/ou convívio social. O valor das coisas está na própria relação com o objeto e a sua significação sociológica. As variáveis de análise dependerão do nível de instrução e da origem social, assim como, o conhecimento comum compartilhado. Estas reflexões fazem com que pensemos sobre questões naturalizadas como a meritocracia.

De fato, a tendência da disposição culta para generalização é apenas a condição permissiva do esforço de apropriação cultural que está inscrita como uma *exigência* objetiva na filiação à burguesia e, deste modo, nos títulos que abrem o acesso aos direitos e deveres da burguesia. Eis porque convém deter-se, em primeiro lugar, no efeito, sem dúvida, mais bem dissimulado da instituição escolar, ou seja, aquele que produz a *imposição de títulos*, caso particular do *efeito de atribuição estatutária*, positiva (enobrecimento) ou negativa (estigmatização) que todo grupo produz ao fixar indivíduos em classes hierarquizadas (BOURDIEU, 2017, p.27, grifos do autor).

Ora, para o autor, o uso social da própria coisa dependerá de uma verdade compartilhada de forma consciente e inconsciente, e muitas vezes, a avaliação puramente estatística não poderá exprimir o efeito

sociológico, pois são inteligíveis e dissimuladas.

O que se percebe é que o capital humano não envolve apenas a educação, mas também o conhecimento acumulado, considerado um elemento fundamental para que a organização consiga sucesso econômico. Existem, portanto, políticas instrucionais com objetivo de melhorar a eficiência produtiva através da valorização do capital humano que garante vantagens e remuneração diferenciadas (PONCHIROLLI, 2000).

Além disso, o poder-saber não deve ser entendido somente como conhecimento específico, mas também como a capacidade de o agente se tornar importante para o processo produtivo por meio da alta especialização, mas também por suas relações pessoais ou influências sociais exercidas (MURPHY, 1984). As falas demonstram a necessidade de reconhecimento desta competência. Portanto, é muito mais do que a acumulação de capital escolar, é, sobretudo, a garantia de um conhecimento especializado, capaz de se tornar útil frente ao processo produtivo.

Desta forma, as relações de poder não são necessariamente de cima para baixo como uma pirâmide em que as forças de dominação são postas em uma hierarquia segundo a cadeia. Pelo contrário, elas demonstram uma realidade muito mais complexa, como explana o Médico sobre o próprio processo de tomada de decisão:

De qualquer forma, o processo de decisão é dinâmico. Existe influência e o ponto central está nesta palavra: equilíbrio. Meu processo de decisão não é estático. Afinal, estamos jogando em um "time". Existe um capitão e, se a parte administrativo-financeira diz que determinada ação deve ser feita de uma forma, vou entender, analisar o que está sendo pedido, e, sem prejuízo ao paciente, irei acatar. Então, você deve ser articulador (MÉDICO, 2019).

Na metáfora do jogo de futebol compreende-se que quanto maior for à importância de um profissional no processo produtivo maior serão as vantagens, e, conseqüentemente, este majoritariamente exercerá a dominação no círculo social em que está envolvido. Foucault (2018), denuncia que o poder médico foi estabelecido a partir de um ideal de saúde baseado na medicalização e na cura, e de uma concepção mecanicista e cientificista do corpo e da doença. Com isso, justifica-se como importante socialmente a ponto de submeter os demais saberes e persuadir usuários de

seu serviço.

O médico representa uma fonte de riqueza no âmbito hospitalar, especialmente quando se pensa na atividade econômica, tal como, propõe Foucault (2018) sobre a "indústria da cura". Porém, o médico exerce o domínio, já que está no centro das intersecções, contudo, é importante compreender que ele não é auto-suficiente na geração de seu próprio poder.

Aliás, como percebido neste estudo, o poder é um estado no tempo e depende de uma dinâmica complexa. Afinal, como propõe Foucault (1970-1982), "nenhum saber se forma sem um sistema de comunicação, de registro, de acumulação, de deslocamento, que é em si mesmo uma forma de poder, e que está ligado, em sua existência e em seu funcionamento, às outras formas de poder".

É perceptível, portanto, que o profissional médico é um instrumento, um mecanismo econômico de geração de riqueza para o hospital e suas relações comerciais. Assim, o dono do "time" é o empregador, seja este, representado pelo Estado ou ainda pelo diretor que representa uma instituição. Já o médico, é o artilheiro, ou seja, é visto como um atacante essencial ao processo produtivo. O capitão é o gestor, que direciona a estratégia para que os objetivos financeiros sejam atingidos, e, por fim, os demais jogadores devem estar presentes para que a partida aconteça.

De fato, pode-se compreender que na instituição estudada são implementados pelo menos dois modelos de gestão: uma em conformidade ao modelo flexível conforme observado nas falas dos entrevistados, mesmo que sem nomeá-las; e outra, pautada no modelo piramidal conforme o modelo de gestão próprio do taylorismo-fordismo que se caracteriza pela divisão do trabalho baseada na especialização funcional, hierarquia, autoridade, dentre outros aspectos. Conforme Matos e Pires:

As organizações de saúde configuram-se em instituições complexas, em que convivem projetos políticos bastante diferenciados entre si, influenciando a gestão e organização do trabalho. A instituição hospitalar coloca-se como um amplo campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados e com grande autonomia de trabalho, os quais não se subordinam às chefias superiores ou a uma direção, no clássico modelo taylorista-fordista. (MATOS; PIRES, 2006, p. 511).

Ora, frente a esse contexto, fica claro o poder-gestencial a partir de uma análise sobre a própria burocracia matricial. No hospital estudado, existe uma

estratégia na escolha dos profissionais e uma organização do pessoal em posições hierárquicas. Embora os colaboradores não percebam, existe uma disciplina e uma aceitação das regras, tidas como naturais. As supervisões e as gerências são sempre pontuadas como normatizadoras de conduta e pacificação.

Hoje quem influência mais minhas decisões são as lideranças formais, como minha coordenadora. Quando elas nos apoiam. Bom, mas isso também varia muito de enfermeiro para enfermeiro. Se você mostra que é uma pessoa de confiança e que tem segurança no que faz, ela percebe que você tem capacidade para o serviço e vai te apoiar em tudo. Você terá carta branca para fazer o que quiser. Ela assinará em baixo. Claro, se o enfermeiro deixar sempre algo a desejar, não tem segurança, não tem como você conseguir apoio (ENFERMEIRO, 2019)

Assim, há uma correlação entre a organização e seus indivíduos na medida em que influencia os comportamentos de seus integrantes. Interessante, no entanto, refletir que na fala do enfermeiro existe uma visão de grupo – como as lideranças influenciam nas decisões – mas há também certo individualismo, pois na visão dele parece existir uma relação do apoio das lideranças a um comportamento pessoal assumido – mostrar que é uma pessoa de confiança.

Quando se pensa neste modelo teórico de um jogo deve-se subentender que os profissionais não possuem forças semelhantes, variando conforme suas alianças internas, posição hierárquica, valorização profissional, cultura local e organizacional.

Dentro de um hospital, a equipe multidisciplinar tem visões diferentes. Em muitos casos, eles defendem os próprios interesses, o que não fica muito claro para as outras equipes. Isto prejudica os processos de tomada de decisão, pois cada um quer um parecer que beneficie a sua própria área. Então, tudo fica um pouco travado e não há como evoluir (Gestor, 2019).

Na estrutura hospitalar, “as enfermeiras têm grande poder sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem”, entretanto, esse poder não é visto em relação aos médicos “com quem disputa o projeto assistencial e vivencia cotidianamente uma série de conflitos” (MATOS; PIRES, 2006, p. 511).

Por conseguinte, os integrantes da equipe multiprofissional se relacionam baseados principalmente nestas três vertentes do poder. Cada um, portanto, busca dentro do próprio trabalho, alterar sua posição em relação aos membros da própria equipe (pares profissionais) e a outros grupos. Logo, as posições de dominação e subordinação podem variar segundo o tempo e a hierarquia assumida de cada agente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais relações de poder entre os colaboradores demonstraram-se dinâmicas e reproduzem aspectos históricos dessas relações de poder das instituições hospitalares como também os impactos das mudanças operadas no mundo do trabalho. Ou seja, com isso revela-se a complexa rede de interpolações e poderes estabelecidos. De maneira geral, pode-se perceber as influências de três principais forças, que foram denominadas neste trabalho de Poder-Gerencial, Poder-Saber e Poder-Cultural.

Neste sentido, a ideologia da meritocracia foi constatada nos discursos e promove competição intra e interprofissionais. Todos os colaboradores se dizem responsáveis pela atual posição que ocupam na escala hierárquica, não considerando diferenças de capital cultural acumulado e demais privilégios.

Desta forma, buscam pelo próprio trabalho alterar sua posição em relação integrantes da equipe multiprofissional, revelando, inclusive, exacerbado individualismo. Fato este que pode ser considerado contraproducente no processo de cuidado. Por outro lado, embora silencioso, o poder da burocracia se demonstrou consistente e estruturado nos discursos gerenciais e administrativos que estão presentes em quase todas as narrativas, mas não há questionamentos sobre a legitimidade deste domínio.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. **Revista Eletrônica da Rede de Estudos do Trabalho**, ano IV, n.8, 2011. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/RevistaRET08.html>. Acesso em set.2020
- ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 28, n. 81, p. 39-53, 2014.
- ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho: as múltiplas formas de degradação do trabalho. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 83, Dez. 2008: 19-34. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/431>. Acesso em set.2020.
- BOURDIEU, P. A **Distinção: crítica social do julgamento**. 2. ed. Porto Alegre: Zouk, 2017. 560 p. Tradução de Daniela Kern e Guilherme J. F. Teixeira.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde. SUS. A maior política de inclusão social do povo brasileiro**. [Online]; 1990.[acessado 2020 Jan 29]. Disponível em:http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_politica_inclusao_social.pdf.
- CARVALHO, M. L. M. e RIBEIRO, S. L. S. **História Oral na Educação: memórias e identidades**. São Paulo: Centro Paula Souza, 2013.
- ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.41-46, set. 2004. FapUNIFESP (SciELO).
- ESPÍNDOLA, D. S; BORENSTEIN, M. S. Evolução histórica da fisioterapia: da massagem ao reconhecimento profissional (1894-2010). **Fisioterapia Brasil - Volume 12 - Número 5 - setembro/outubro de 2011**. Disponível em: <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapia/article/view/944/1926>. Acesso em set. 2020.
- FOUCAULT, Michel. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Zahar. Tradução de Andréa Daher. Edição do Kindle.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2018.
- FLIGSTEIN, N.; DAUTER, L. A sociologia dos mercados. **Caderno Crh**, [S.L.], v. 25, n. 66, p. 481-504, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO).
- GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.
- GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.
- HAN, B. C. **O que é poder?** Tradução de Gabriel Salvi Philipson. Petrópolis: Vozes, 2019. 215 p.
- LIMA-GONÇALVES, E. ACHÉ, CA. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas**. v. 39, n. 1, 1999.
- MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 20, n. 35, p. 201-208, jul 2014.
- MATOS, E; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3): 508-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>. Acesso em set.2020.
- MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História oral**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2005.
- MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. S. **Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias**. São Paulo: Contexto, 2011.
- MURPHY, R. The structure of closure: A critique and development of the theories of Weber, Collins and Parkins. **The British Journal of Sociology**, London, v. 35, n. 4, p.547-567, dez. 1984.
- OLIVEIRA, L. C. D.; LACAZ, F. A. D. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, v. 7, 2012. 74 p.
- ONA. Organização Nacional de Acreditação. **ONA**,

2014. Disponível em:
<<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 17 set 2018.

PONCHIROLLI, O. **O capital humano como elemento estratégico na economia da sociedade do conhecimento sob a perspectiva da teoria do agir comunicativo**. Florianópolis: UFSC, 2000, p.33.

SENNETT, R. **A Cultura do Novo Capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SENNETT. **A Corrosão do Caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. 14. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2009.

ENTREVISTAS

ENFERMEIRO. Entrevista I. [jan. 2019]. Entrevistadora: Pollyana Almeida Santos. Taubaté-SP, 2019. 1 arquivo.mp3. (25 min).

PSICÓLOGO. Entrevista II. [jan. 2019]. Entrevistadora: Entrevistadora: Pollyana Almeida

Santos. Taubaté-SP, 2019. 1 arquivo.mp3. (50 min).

FISIOTERAPEUTA. Entrevista III. [fev. 2019]. Entrevistadora: Entrevistadora: Pollyana Almeida Santos. Taubaté-SP, 2019. 1 arquivo.mp3. (70 min).

MÉDICO. Entrevista IV. [mar. 2019]. Entrevistadora: Entrevistadora: Pollyana Almeida Santos. Taubaté-SP, 2019. 1 arquivo.mp3. (40 min).

GESTOR. Entrevista V. [mar. 2019]. Entrevistadora: Entrevistadora: Pollyana Almeida Santos. Taubaté-SP, 2019. 1 arquivo.mp3. (30 min).

FONOAUDIÓLOGA. Entrevista VI. [abr. 2019]. Entrevistadora: Entrevistadora: Pollyana Almeida Santos. Taubaté-SP, 2019. 1 arquivo.mp3. (50 min).

FARMACÊUTICA. Entrevista VII. [jul. 2019]. Entrevistadora: Entrevistadora: Pollyana Almeida Santos. Taubaté-SP, 2019. 1 arquivo.mp3. (30 min).