

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Pós-Graduação de Enfermagem

Tauana Wazir Mattar e Silva

**CONFIGURAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE ENTRE MÉDICOS E
ENFERMEIROS NO AMBIENTE HOSPITALAR, NA PERSPECTIVA DAS
RELAÇÕES DE PODER**

Belo Horizonte - MG

2018

Tauana Wazir Mattar e Silva

**CONFIGURAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE ENTRE MÉDICOS E
ENFERMEIROS NO AMBIENTE HOSPITALAR, NA PERSPECTIVA DAS
RELAÇÕES DE PODER**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
do Programa de Pós-graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal de
Minas Gerais.

Área: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Organização e gestão de
serviços de saúde e de enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabela S. C. Velloso

Belo Horizonte – MG

Escola de Enfermagem

2018

M435c Mattar e Silva, Tauana Wazir.
 Configuração das práticas de saúde entre médicos e enfermeiros
no ambiente hospitalar, na perspectiva das relações de poder [manuscrito].
/ Tauana Wazir Mattar e Silva. - - Belo Horizonte: 2018.
 174f.: il.
 Orientador (a): Isabela Silva Cândia Velloso.
 Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
 Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Relações Médico-Enfermeiro. 2. Hospitais. 3. Poder (Psicologia). 4.
Médicos. 5. Enfermeiras e Enfermeiros. 6. Prática Profissional. 7.
Dissertações Acadêmicas. I. Velloso, Isabela Silva Cândia. II. Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM : WY 88

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 560 (QUINHENTOS E SESENTA) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA TAUANA WAZIR MATTAR E SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro Roseni da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "CONFIGURAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS NO AMBIENTE HOSPITALAR, NA PERSPECTIVA DAS RELAÇÕES DE PODER.", da aluna **Tauana Wazir Mattar e Silva**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Isabela Silva Cancio Velloso (orientadora), Adriane Vieira e Alexandre de Pádua Carrieri, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2018.

Profª. Drª. Isabela Silva Cancio Velloso
Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Adriane Vieira
(Esc. Enf./UFMG)

Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri
(FACE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 05 / 03 / 2018

Profª. Drª. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG

Aos meus pais Wilson e Kátia (in memoriam), que dignamente me apresentaram à importância dos laços familiares e ao caminho da honestidade e persistência.

*Ao amor da minha vida Paulinho pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente os de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos.
Sem você nenhuma conquista valeria a pena.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus a oportunidade e a possibilidade de chegar onde desejo!

Aos meus pais, agradeço o amor sem limites! A vocês devo minha existência... Obrigada Mãe, por hoje me proteger como um anjo, por ter compreendido minhas ausências e por ter sempre confiado na minha capacidade. Você deixou saudade e corações cheios de gratidão! Grata por ser sua filha... Obrigada Pai, por novamente sonhar junto comigo, por apostar suas fichas nos meus desejos e por ser quem é! Meu exemplo de perseverança e obstinação...

Ao Tauer, meu irmão, agradeço o lindo presente que nos deu... Esse pequeno loirinho de olhos claros nos enche de alegria, dispersa meu sorriso e me traz boas lembranças!

Ao meu marido, Paulinho, agradeço a devoção desmedida e a proteção. De você ouvi palavras de conforto e incentivo que selaram minha trajetória! Obrigada por ter sido nós... obrigada por me guardar em seu peito! Amo você...

Aos meus tios, primos, sobrinho e afilhados, agradeço o carinho constante mesmo nas ausências... Aos meus amigos, obrigada por vibrarem comigo em cada etapa deste projeto!

À minha orientadora, Isabela, devo o que me tornei! Agradeço o seu calmo ensinamento, suas palavras doces e certas... Obrigada por respeitar minhas limitações e por caminhar comigo... Você é para mim, exemplo de dedicação, inteligência e humildade!

À Aline e Susi... minhas amiguinhas da pós-graduação, agradeço a leve amizade em dias pesados! Com vocês minha caminhada foi mais feliz...

Aos profissionais que se dispuseram a participar do meu estudo, agradeço a permissão de invadirmos suas existências! Obrigada por descortinarem meus olhos! Suas falas se tornaram minhas... Agradeço ao José e Thairine a parceria! Vocês são especiais...

À minha equipe de enfermeiros, devo a tranquilidade de me dedicar a este projeto! Obrigada por me incentivarem, assumirem responsabilidades e entenderem quando não estive junto...

Por fim, agradeço ao meu local de trabalho por humildemente me mostrar a grandeza do ser humano que cuida. À Luciana agradeço a permissão de buscar meus ideais, a compreensão das minhas falhas e por me possibilitar novas oportunidades! Grata! Minhas colegas e parceiras, Rô, Pri, Leidi e Ju... obrigada por suprirem tudo aquilo que não sou! Obrigada por serem meus exemplos...

Vovô Jorge e vovó Zezé, cuidem de nós... Vovô Omar e vovó Najla, cuidem dela...

*Quanto a mim, eu me conduzo de maneira totalmente insensata e pretenciosa, sob aparente modéstia, mas é pretensão, presunção, delírio de presunção, quase no sentido hegeliano, querer falar de um objeto desconhecido com um método não definido. Então, visto a carapuça, sou assim...
(FOUCAULT, 2006).*

RESUMO

O ambiente hospitalar é símbolo do poder social da profissão médica, favorecendo a visibilidade desse profissional como ator central do cuidado. A crescente profissionalização administrativa dos hospitais requer que seus funcionários, inclusive médicos, se comprometam com atividades burocráticas, que, muitas vezes, são mediadas pelo enfermeiro. Dessa maneira, apesar da forte valorização do modelo médico-centrado na assistência, observa-se que os enfermeiros têm alcançado visibilidade pelas práticas gerenciais, o que pode gerar tensões nas relações profissionais. Essa nova conformação hospitalar reconfigura as relações de poder. O poder circula constantemente, de acordo com a composição de forças formadas a partir de conhecimentos e práticas pelo referencial Foucauldiano. Nas relações profissionais quem detém maior conhecimento assume uma posição privilegiada nas relações de poder. Com o objetivo de analisar como se configuram as relações de poder constituídas nos e pelos saberes e práticas cotidianas de médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa na perspectiva pós-estruturalista, com base no referencial teórico-metodológico do filósofo francês Michael Foucault. O cenário do estudo foi o Centro de Terapia Intensiva de um hospital filantrópico geral, de grande porte, localizado na cidade de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, Brasil. No Centro de Terapia Intensiva procedeu-se à observação do campo e a realização de entrevistas com roteiro semiestruturado a 08 médicos e 12 enfermeiros. A partir da análise dos discursos constituídos, foram identificadas três categorias empíricas principais: Identidade profissional: o reconhecimento de si na profissão; Disciplina: atitudes individualizantes ou necessidade coletiva? e Circularidade do poder: saber na constituição das práticas cotidianas. A avaliação dos dados permitiu refletir que a configuração das práticas de saúde entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar perpassa questões socioeconômicas, históricas, culturais e de gênero. Tais questões influenciam a formação identitária do sujeito, o desejo pela visibilidade, sua aceitabilidade à disciplina e a busca da movimentação do poder pelo saber. Percebeu-se que as relações entre médicos e enfermeiros são eminentemente problemáticas, assim também como, tensão, disputa de poder, entre os próprios médicos, e ausência de unidade entre os enfermeiros, que estão alienados ao cuidado direto do paciente. Os discursos mostram que a equipe médica em geral, não possui intimidade com as normas institucionais, sendo, portanto, os enfermeiros os principais norteadores desse processo. Contudo, poucos enfermeiros deixaram evidente sua segurança quanto ao conhecimento técnico exigido pela profissão, principalmente no momento de comunicar alterações hemodinâmicas aos médicos, executar procedimentos invasivos ou até mesmo ao auxiliá-los. Este estudo possibilita incentivo a outras pesquisas que associadas a ele poderão contribuir para melhores práticas de saúde entre médicos e enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva.

Descritores: relações médico-enfermeiro, hospitais, poder (psicologia), médicos, enfermeiras e enfermeiros, prática profissional.

ABSTRACT

The hospital environment is a symbol of the social power of the medical profession, favoring the visibility of this professional as a central actor of care. The growing administrative professionalization of hospitals requires that their employees, including doctors, commit themselves to bureaucratic activities, which are often mediated by nurses. Thus, in spite of the strong valorization of the physician-centered model in care, it is observed that the nurses have achieved visibility by the managerial practices, which can generate tensions in the professional relations. This new hospital conformation reconfigures power relations. The power circulates constantly, according to the composition of forces formed from knowledge and practices by the Foucauldian referential. In professional relations, those who hold the greatest knowledge assume a privileged position in the relations of power. With the objective of analyzing how power relations are constituted in the knowledge and daily practices of physicians and nurses in the hospital environment, a qualitative research was developed in the poststructuralist perspective, based on the theoretical and methodological framework of the French philosopher Michael Foucault. The study scenario was the Intensive Care Center of a large general philanthropic hospital, located in the city of Belo Horizonte, capital of Minas Gerais, Brazil. In the Intensive Care Center, the field was observed and interviews were conducted with a semistructured script to 08 doctors and 12 nurses. From the analysis of the constituted discourses, three main empirical categories were identified: Professional identity: recognition of self in the profession, Discipline: individualizing attitudes or collective need? and Power: constitution knowledge of everyday practices. The evaluation of the data allowed us to reflect that the configuration of health practices among physicians and nurses in the hospital environment pervades socioeconomic, historical, cultural and gender issues. Such questions influence the subject's identity formation, the desire for visibility, its acceptability to discipline and the search for the movement of power through knowledge. It was noticed that the relationships between doctors and nurses are eminently problematic, as well as tension, power struggle among the doctors themselves, and lack of unity among the nurses, who are alienated to the direct care of the patient. The speeches show that the medical team in general, does not have intimacy with the institutional norms, being, therefore, the nurses the main guides of this process. However, few nurses have made their safety clear about the technical knowledge required by the profession, especially when communicating hemodynamic changes to physicians, performing invasive procedures or even assisting them. This study allows the encouragement of other research that associated with it may contribute to better health practices among physicians and nurses working in intensive care units.

Keywords: physician-nurse relations, hospitals, power (psychology), physicians, nurses, professional practice.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos participantes do estudo por categoria profissional.	47
TABELA 2 - Identificação dos sujeitos do estudo.	49
TABELA 3 - Perfil pessoal dos entrevistados.	59
TABELA 4 - Perfil profissional dos enfermeiros entrevistados.	60
TABELA 5 - Perfil profissional dos médicos entrevistados.	61
TABELA 6 - Apresentação dos dados compilados.	63
TABELA 7 - Simbologia adotada para análise do discurso.	64

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Disposição de Enfermeiros e Médicos no CTI em um plantão de 12 horas.57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

a.C. - Antes de Cristo

AD – Análise de Discursos

AMA – American Medicine Association

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira

CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CDL – Cateter de Duplo Lúmen

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CRM – Conselho Regional de Medicina

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DML – Depósito de Material Limpo

EUA – Estados Unidos da América

MEC – Ministério da Educação e Cultura

NA – Não se Aplica

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PIA – Pressão Intra Arterial

R2 – 2º ano de residência médica

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RT – Responsável Técnico

SCIH – Serviço de Controle e Infecção Hospitalares

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	25
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO PROFISSIONAL	26
3.2 A MEDICINA COMO PROFISSÃO E VIRTUDE	27
3.3 A PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM.....	31
3.4 RELAÇÃO DA MEDICINA E ENFERMAGEM NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	33
3.5 RESGATE DA HISTÓRIA DOS HOSPITAIS	35
3.6 O PODER NA PERSPECTIVA DE FOUCAULT E AS PRÁTICAS DE SAÚDE.....	38
4 PERCURSO METODOLÓGICO	43
4.1 DESCRIÇÃO DO MÉTODO	44
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	45
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO E COLETA DE DADOS	46
4.4 TRATAMENTO DOS DADOS: ANÁLISE DE DISCURSO	50
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1 O CAMPO, A EQUIPE E SUAS PARTICULARIDADES	55
5.2 IDENTIDADE PROFISSIONAL: O RECONHECIMENTO DE SI NA PROFISSÃO	65
5.3 DISCIPLINA: ATITUDES INDIVIDUALIZANTES OU NECESSIDADE COLETIVA?	87
5.4 CIRCULARIDADE DO CONHECIMENTO NA CONSTITUIÇÃO DAS PRÁTICAS COTIDIANAS.....	120
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
REFERÊNCIAS	153
APÊNDICES.....	171

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Em busca da minha verdade, ainda menina me mudei para Belo Horizonte. Saí do interior de Minas Gerais carregando apenas a vontade de descobrir novas coisas, de sentir novos ares e de me conhecer enquanto sujeito. Para trás deixei uma cama quente, uma casa de janelas sempre abertas e o aconchego dos altos sorrisos em família.

Na graduação em enfermagem, descobri nos projetos de extensão a possibilidade de me reinventar e, meu pequeno mundo de repente se abriu. Meus olhos ávidos por novidades me levaram a atuar precocemente no ambiente hospitalar, em um Centro de Terapia Intensiva. Nesse local, aprendi o que não sabia, ensinei o que podia, exerci a minha profissão, vivenciei conflitos, estabeleci relações e experimentei os desafios da luta pela vida.

Paralelamente, também atuei nas Unidades Básicas de Saúde das periferias de Belo Horizonte. Por um período, os meus dias ensolarados eram preenchidos por atividades de prevenção e promoção da saúde, que impulsionavam o meu vínculo com as famílias, profissionais e colegas de trabalho. Em contrapartida, minhas noites transcorriam nos gelados corredores de um Centro de Terapia Intensiva (CTI), que, ao invés do silêncio, se ouvia os ininterruptos sons que monitorizavam vidas sem contato nenhum comigo. Eu sabia que havia vida pela máquina.

Era um contrassenso. Pude sentir o suor escorrer no corpo devido a longas caminhadas em morros e ruelas para levar saúde a quem me aguardava com um copo de água turva na mão e também degustei o sabor amargo, mas gratificante de um cuidado muitas vezes sem troca de olhares e sem consentimento.

Os pacientes do CTI estavam ali, entregues, em uma condição de sujeição absoluta aos nossos saberes, às nossas práticas e intenções. Encantava-me a possibilidade cuidar de alguém que nunca me viu. Fascinava-me vibrar por pulsos mais fortes de pessoas que eu desconhecia, agradava-me segurar a mão de pessoas que lutavam para retomar a suas identidades. Durante as urgências, me pegava pensando em quem era a pessoa que estava ali, dependendo das nossas práticas e habilidades para sobreviver...

Enfim, foram muitos anos no ambiente da terapia intensiva, poucos na atenção primária e variados momentos de reflexão acerca do que sustenta o arcabouço de uma equipe de saúde. Minha crença de que na educação se formam profissionais mais humanos e competentes, guiou-me a especializar em educação profissional. O desejo de aprofundar meus conhecimentos em cuidados críticos levou-me a especializar em terapia intensiva. E por fim, o sonho de compreender fatos velados aos olhos da maioria, conduziu-me ao mestrado.

Como profissional, construí minha identidade acreditando que processos bem estabelecidos ocasionam uma melhor assistência ao paciente. Assim, de enfermeira supervisora do CTI migrei para a Educação Permanente e me envolvi sobremaneira com a gestão de microssistemas que constituem as práticas de saúde. Hoje atuo como coordenadora de enfermagem de uma unidade oncológica composta por 208 leitos e 220 profissionais.

Quando fui aprovada para ser aluna regular do mestrado em organização e gestão dos serviços de saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), fui formalmente apresentada à Foucault. A princípio, o que meus ouvidos escutavam não fazia sentido. Eu não entendia a relação de um filósofo com minha prática, já que ansiava palpar ferramentas brutas de gestão. No entanto, hoje, apesar de meu conhecimento ainda ser incipiente quanto aos ensinamentos de Foucault, já compreendo que os sutis mecanismos de poder, aperfeiçoam a gestão pelo saber legitimado no discurso.

A minha vivência profissional direcionou a escolha do tema desta pesquisa e me reaproximou do cenário de estudo. A opção por trabalhar as práticas de saúde no contexto da terapia intensiva, representou uma possibilidade de aprofundar na minha própria existência.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O modelo brasileiro de atenção à saúde está organizado em três diferentes níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. A atenção primária caracteriza-se por ações individuais e coletivas de baixa densidade tecnológica (LAVRAS, 2011). Já a atenção secundária oferece serviços ambulatoriais, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, possibilitando procedimentos de média complexidade sem foco coletivo. A atenção terciária, por sua vez, dispõe de maior aparato tecnológico para realização de procedimentos de alta complexidade individualizados (ERDMANN *et al.*, 2013). Essa estruturação hierárquica verticalizada, com relações de ordem e grau de importância entre os níveis de atenção à saúde, não raro, gera uma compreensão equivocada da proposta do arquétipo por favorecer uma sobrevalorização das práticas que exigem maior densidade tecnológica, desenvolvidas no nível terciário (BRASIL, 2011; GONDIN, 2011).

O hospital pode ser compreendido como uma organização completa, que incorpora o avanço constante dos conhecimentos científicos, de aptidões, da tecnologia médica, de instalações e equipamentos (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008). O hospital não é somente uma importante instituição moderna, mas é também símbolo do poder social da profissão médica, favorecendo a visibilidade desse profissional como ator central do cuidado (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010; TURNER, 1987).

Até o século XVIII, a medicina não era uma prática hospitalar, bem como o hospital não era uma instituição médica e sim um local destinado, essencialmente, à assistência dos pobres (FOUCAULT, 1979). Todavia, por muitos anos, o hospital passou por grandes transformações, vindo a constituir-se num ambiente voltado para a cura das doenças, no qual a distribuição do espaço configurou-se em um instrumento terapêutico e o médico assumiu papel central em sua organização e gestão (VENDEMIATTI *et al.*, 2010). O hospital então passou a ser um local da disciplina médica, no qual esse profissional assumiu o controle do cotidiano dos demais, determinando os tipos de comportamentos esperados (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

Entretanto, nos dias atuais, mesmo diante de um cenário com forte valorização do modelo médico-centrado, o que se observa é que as práticas interdisciplinares vêm se opondo ao reducionismo da medicina e os diversos componentes da equipe multiprofissional, têm ampliado, cada vez mais, seu espaço de atuação nas práticas assistenciais e gerenciais dos

hospitais (OLIVEIRA *et al.*, 2010). Essa ampliação do espaço de atuação pode gerar tensões, tanto entre profissionais de uma mesma categoria quanto entre as diversas categorias.

Contemporaneamente, com o foco na qualidade da assistência, cada vez mais acentuado, a gestão hospitalar vem sofrendo uma mudança de paradigma diante da busca por melhoria contínua em seus processos internos. Além disso, na perspectiva de mercado, que vem sendo cada vez mais relevante para a sobrevivência das organizações hospitalares, sobressai-se aquela gestão que produz melhores resultados, os quais estão associados às políticas de incorporação tecnológica e crescente aperfeiçoamento e controle de processos (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010). A organização hospitalar que não inova sua metodologia de gestão e não investe em avanços internos torna-se ultrapassada pela onda de modernização, competitividade e eficiência, características marcantes nos tempos atuais (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Assim, observa-se uma crescente profissionalização administrativa dos hospitais, a qual requer que seus funcionários, inclusive os médicos, em seu cotidiano de trabalho, se comprometam com atividades burocráticas e administrativas, que, reiteradamente, são mediadas pelo enfermeiro. Nesse cenário, o enfermeiro atua como gestor do cuidado assumindo a liderança da equipe prestadora de atendimento, que possui como foco os processos e os resultados institucionais (OJHA *et al.*, 2002). Por conseguinte, a posição do enfermeiro nas relações que se estabelecem no contexto hospitalar adquire cada vez mais visibilidade, visto que esse profissional está diretamente envolvido na coordenação de equipes de alto desempenho, com elevado nível de comprometimento organizacional e satisfação no trabalho (RIAZ; HAIDER, 2010).

Essa nova conformação da organização hospitalar leva a uma reconfiguração das práticas e relações profissionais que se estabelecem entre médicos e enfermeiros e, conseqüentemente, à reconfiguração das relações de poder. É preciso que se conheça essa nova conformação, pois ela interfere na dinâmica do trabalho e nas práticas do cuidado prestado. Nesse contexto, o poder circula constantemente reconfigurando as relações de acordo com a composição de forças constituídas a partir de conhecimentos e práticas que se colocam em jogo (OLIVEIRA *et al.*, 2010; FOUCAULT, 2014).

Segundo Foucault (2014), o hospital pode ser considerado um ambiente que modifica a visão do poder, pois, o poder nele exercido não é concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia com efeitos de dominação, contribuindo assim para o desenvolvimento de uma rede de relações tensas, na qual o poder exercido é, muitas vezes, maior do que o que se possui.

É necessário, contudo, admitir que poder e saber estão intimamente relacionados e que o saber legitimado produz poder.

No contexto hospitalar, há relações próprias de uma organização, com lutas por espaços e defesa de interesses, o que conduz a uma reflexão sobre como os atores sociais se inscrevem num sistema de posições e relações estabelecidas (VELLOSO, 2011). De modo geral, são nessas relações que os sujeitos vivenciam a disputa por espaço e reconhecimento profissional, embora para a equipe de enfermagem o acesso à visibilidade assistencial na terapêutica dos pacientes ainda é desigual se comparado à equipe médica (OLIVEIRA; COLLET, 2000; VENDEMIATTI *et al.*, 2010). No cotidiano do trabalho hospitalar, geralmente os enfermeiros têm suas práticas voltadas a documentos vinculados à burocratização dos processos internos, à medida que as práticas médicas são mais focadas na propedêutica e terapêutica dos pacientes com limitado vínculo às normatizações institucionais.

É importante considerar que, o conhecimento que o sujeito detém em determinada situação lhe confere posição na relação estabelecida. Entretanto esse conhecimento não se restringe ao saber científico (VELLOSO *et al.*, 2010). Dessa forma, Velloso e colaboradores (2010), reafirmam a premissa de Foucault, que o poder não existe em si próprio, mas é constituído nas relações e nas práticas vivenciadas cotidianamente. Sendo assim, nas relações profissionais quem detém maior conhecimento assume uma posição privilegiada nas relações de poder (FOUCAULT, 2014).

Segundo Peters (2000), o poder precisa do conhecimento para operar e o conhecimento é produzido no âmbito das redes de poder. Apesar de Foucault nunca ter se considerado um teórico, ele defendeu que o saber gera poder. Portanto, nas relações sociais e profissionais esse poder se legitima por meio do discurso no qual há o sujeito que o exerce e o sujeito que se submete ou resiste (FOUCAULT, 2014).

O hospital apresenta-se como um local privilegiado para a análise das relações de poder, pois é o ambiente onde interagem os diversos saberes profissionais. A prática médica está no centro desse ambiente, pois o médico é o profissional reconhecido por desencadear todo o processo de restabelecimento da saúde ao corpo biológico doente (OLIVEIRA; COLLET, 2000). Contudo, frente ao contexto das práticas de saúde contemporâneas, o enfermeiro também se destaca pela multiplicidade de atividades que desenvolve, as quais incluem o trabalho intelectual, a coordenação das ações da equipe de enfermagem, bem como a organização e implementação da assistência (AMESTOY *et al.*, 2009).

Partindo desse princípio, pressupõe-se que o poder circula gerando efeitos nas práticas de trabalho cotidianas dos profissionais médicos e enfermeiros no contexto hospitalar. Foucault, com sua contribuição filosófica para a análise do poder, lança um novo olhar para os diversos campos de pesquisa em ciências da saúde (COSTA *et al.*, 2008). Seu referencial favorece a compreensão, de maneira crítico-reflexiva, das relações de poder e a influência do discurso que as sustentam auxiliando na compreensão de problemas contemporâneos relacionados a essas práticas profissionais.

Segundo Azevedo e Ramos (2006), o referencial Foucauldiano permite responder a antigas perguntas sob uma nova concepção e ótica da realidade, por produzir novos sentidos ao considerar que o poder exercido nas relações é influenciado pelos sujeitos e pelo ambiente. Por considerar que os efeitos desse relacionamento podem se constituir em fatores que interferem na qualidade da produção de serviços de saúde, impera-se a necessidade de estudos que explorem o tema proposto. Estudos que visem auxiliar na compreensão de como essas relações configuram as práticas de cuidado no ambiente hospitalar e, em que medida as mudanças são necessárias e possíveis para que a qualidade seja maximizada. Para saber em qual âmbito atuar, faz-se necessário compreender previamente como se estabelecem os relacionamentos entre médicos e enfermeiros.

Ao revisar a literatura sobre trabalho em equipe e atitudes colaborativas entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar verificou-se que esse tema é investigado apenas nos hospitais dos países ocidentais, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA). De acordo com Tang *et al.*, (2013), há poucos estudos sobre esse assunto em hospitais fora dessas regiões.

Velloso *et al.*, (2010) relata que compreender as práticas de cuidado implica em buscar respostas a questionamentos que possam esclarecer como essas práticas são organizadas em um determinado contexto. Contudo, ao buscar estudos que associam as práticas de saúde com as relações de poder, estabelecidas entre profissionais da saúde no ambiente hospitalar, percebe-se que esse tema é pouco explorado pelas produções científicas, gerando uma lacuna no conhecimento.

Portanto, é importante compreender como se configuram as práticas de saúde de médicos e enfermeiros por meio de um estudo que considere como o poder é exercido, como os limites profissionais são estabelecidos e mantidos, e quais são os efeitos dessas relações para os sujeitos nelas envolvidos (CATON, 1987). Diante do exposto este estudo teve como objetivo

responder à seguinte questão: como se configuram as relações de poder constituídas nos e pelos saberes e práticas cotidianas de médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar?

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a configuração das relações de poder constituídas nos e pelos saberes e práticas cotidianas de médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar, em um Centro de Terapia Intensiva.

2.2 Objetivos específicos

- Compreender como as relações de poder interferem na configuração das práticas de saúde de médicos e enfermeiros em um Centro de Terapia Intensiva.
- Analisar como o poder circula nas relações entre médicos e enfermeiros no contexto de um Centro de Terapia Intensiva.
- Analisar como ocorre a legitimação do poder nas práticas de saúde de médicos e enfermeiros.

Revisão de Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualização profissional

Nesse estudo, a história da medicina e da enfermagem são matérias primas da construção da realidade a ser pesquisada, pois suas concepções sociais desempenham papel fundamental na estruturação das práticas de saúde. Além disso, segundo Silva (2006), todos os movimentos das práticas de saúde estão diretamente relacionados às estruturas sociais de diferentes povos e em diferentes épocas.

Algumas profissões, mesmo em contextos culturais e sociais diferentes e em momentos distintos da história, são mais facilmente dissociadas da ideia geral de trabalho aparentando serem formas de atividades mais nobres desvinculadas de peso e de sofrimento. Dentre as profissões associadas a trabalhos considerados mais dignos, se encontra o trabalho em saúde, mais precisamente o que exerce a atividade mais típica e, em muitos sentidos, a principal, que é a medicina. Acredita-se que o destaque da medicina sobre as outras profissões, mesmo aquelas vinculadas às práticas de saúde, está relacionada ao peso aparentemente maior das dimensões intelectuais requeridos por ela se comparada aos manuais frequentemente presentes em outras profissões (GONÇALVES, 1992; MACHADO, 2015).

Entretanto, para Marx (1968), o homem nunca trabalha isolado dos outros homens, pois, ele não existe, vive, trabalha ou se reproduz, senão organizado em grupos. Antes que o processo de trabalho comece, necessariamente, deverá estar constituída alguma forma de relação entre os homens e as suas condições de produção. Uma das mais antigas formas de trabalho social, que parece ter existido, está situada pelo menos ao redor do que se tenderia a compreender como necessidades de saúde (GONÇALVES, 1992). Nesse sentido, emerge o trabalho de enfermagem que associado à prática médica como trabalho em saúde, se originou de uma assistência caritativa e religiosa. Porém, o modo de produção capitalista suscitou a enfermagem profissional, que se organizou dentro de seus preceitos no contexto hospitalar, no qual o ser e o fazer permanecem intimamente relacionados (ZAGONEL, 1996).

3.2 A medicina como profissão e virtude

Os trabalhos em saúde tiveram seu início com os xamãs, terminologia menos preconceituosa para feiticeiros e pajés, conhecidos desde a Era Paleolítica. Assim, na tentativa de compreender a evolução das práticas em saúde é preciso ressaltar o papel do xamã, o ser encarregado de mediar as relações entre o homem comum e o vasto universo que inclui ele próprio e coisas animadas conhecidas também como entidades, recobrando a noção do mal (GONÇALVES, 1979; GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

Com o desígnio de recuperar a saúde dos povos, o xamã era o responsável por solucionar problemas que implicavam em restrições na capacidade humana de viver a vida tal e qual vinha sendo vivida. O seu trabalho consistia em exorcizar a entidade que afligia o indivíduo, concedendo a eles certo poder por serem capazes de atingir a entidade/doença presente no corpo e expulsá-la por intermédio do ritual, seu instrumento de trabalho mais importante. Esse é um fato de grande relevância para os tempos modernos, uma vez que, não haveria sentido algum citar o trabalho deste personagem se essa parte histórica não oferecesse chaves para nos auxiliar a compreender o presente, enquanto história em curso (GONÇALVES, 1979; GONÇALVES, 1992).

Considerando a evolução histórica, na Grécia em 430 a.C., a medicina teve sua origem em Hipócrates, que buscou satisfazer as necessidades de saúde dos cidadãos livres, considerando a doença como um estado qualitativo da natureza (BYNUM, 2011). Nesse período surgiu a clínica, método pelo qual os médicos gregos se aventuraram na classificação pela observação e anotação sistemática do vasto universo de alterações naturais que faziam o homem sofrer, surgindo assim, o processo de trabalho em saúde, na tentativa de evitar falhas na cura dos enfermos e acometidos (GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

Nesse sentido, segundo Bynum (2011), o reconhecimento do tipo de alteração presente no corpo doente foi denominado diagnóstico e, por conseguinte, saber o que se fazia necessário para se reestabelecer o equilíbrio do corpo ficou conhecido como prognóstico, o que favoreceria as tomadas de decisões.

Na Idade Média, surgiram os cirurgiões-barbeiros, que fizeram aflorar a medicina clínica contemporânea. Entretanto, nessa fase, sob a forte influência do cristianismo, a doença passou a ser considerada uma provação, fazendo com que a atividade terapêutica transgredisse

da intervenção para o acompanhamento da transição entre o sofrimento e a morte, de forma passiva e solidária (GONÇALVES, 1992).

Com o advento do capitalismo emergiu uma nova forma de relação entre os homens por meio do ofício, suscitando assim novas necessidades de saúde, já que o corpo humano se tornou sede da força de trabalho capaz de modificar a natureza e transformá-la em lucro. A comercialização da mão de obra rompeu com a escravidão e a servidão, interferindo também na dinâmica do trabalho em saúde, que se desmembrou em duas vertentes: controlar a ocorrência de doença, entendida como incapacidade de trabalhar, e/ou recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença (MACHADO, 2015; OLIVEIRA, 2001).

Em detrimento da força motriz impulsionada pela economia, os médicos foram aperfeiçoando suas técnicas e estudos, tornando-se efetivamente capazes de responder às demandas da sociedade econômica em contínua transformação. Conseqüentemente, foi possível prever epidemias, subsidiando ainda maiores descobertas e desenvolvimento de aparatos de controle e cura das moléstias a nível coletivo e, por conseguinte, individual (GONÇALVES, 1992).

Contudo, Foucault (1979) defende a hipótese de que não foi com o capitalismo que se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada. O capitalismo, cujo desenvolvimento se deu em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou o corpo como o primeiro objeto enquanto força de produção e força de trabalho. Para o filósofo, antes de qualquer outro objeto e/ou produto, a sociedade capitalista investiu no biológico, no somático e no corporal. Dado que, o corpo é uma realidade biopolítica, sendo a medicina, por conseguinte, uma estratégia também biopolítica na constituição dos sujeitos em campos como a higiene e a moral.

Segundo Foucault (1979), alguns críticos da medicina atual trazem a ideia de que as formas de medicina das sociedades primitivas eram medicinas sociais e coletivas, não centradas no indivíduo. Entretanto, a medicina moderna é uma medicina social e que somente no seu aspecto disciplinar é individualizante e valoriza as relações médico-doente. O poder moderno, para Foucault, constitui-se de dois polos: disciplinar (individualizante) e outro baseado na normalização da população (biopolítica totalizante). São direções distintas, porém complementares, pois ambos os eixos fazem parte do biopoder (FOUCAULT, 1980). Sendo o biopoder considerado a estatização da vida biológica das pessoas, influencia de forma positiva a fim de torná-la útil, apresenta-se como ferramenta indispensável para o capitalismo por

docilizar corpos, subjugar e regular a população nos aspectos sociais e econômicos (FOUCAULT, 1998).

A medicina social se estabeleceu por meio de três etapas de formação: medicina de Estado, medicina urbana e, por fim, medicina da força de trabalho. A medicina de Estado se desenvolveu na Alemanha, no início do século XVIII, instituindo uma organização que subordinava a prática médica a um poder administrativo superior. No começo do século XIX, os médicos passaram a ser os administradores de saúde nomeados pelo governo, responsabilizando-se por uma região, seu domínio de poder ou de exercício da autoridade de seu saber (FOUCAULT, 1979).

O segundo momento da medicina social foi representado pela França, quando a medicina emergiu como um fenômeno vinculado à urbanização, pois, as grandes cidades francesas eram um emaranhado de territórios heterogêneos e de poderes rivais. Em meados do século XVIII, surgiu o desejo político de unificar o poder urbano por razões também econômicas e, com o advento das indústrias, a cidade passou a ser um lugar de produção e não somente de mercado (FOUCAULT, 1979).

Cabanis, filósofo do final do século XVIII citado por Foucault (1979), dizia que "todas as vezes que homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde", aflorando o medo urbano das epidemias. Para dominar esses fenômenos, iniciou-se o mecanismo do modelo médico e político da quarentena no qual ninguém se movimentava, sob uma revista exaustiva dos vivos e dos mortos.

Esse esquema da quarentena foi um sonho político-médico da boa organização sanitária das cidades, no século XVIII. Neste período houve dois grandes modelos de organização médica: o modelo do exílio do doente, da purificação do espaço urbano, em uma medicina de exclusão e outro modelo em que a medicina não excluía e sim acomodava os doentes uns ao lado dos outros para vigiá-los um a um.

O segundo modelo demandou um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível e completo, de todos os fenômenos sofridos pelos doentes, surgindo assim o internamento (FOUCAULT, 1979). A medicina urbana com seus mecanismos de vigilância trouxe a hospitalização e o ensejo de controle da circulação dos elementos, como a água e o ar, por serem considerados grandes fatores patogênicos.

Ao final do século XVIII, a prática médica se associou à química enquanto ciência, propiciando a medicalização das cidades. Nesta época, como a medicina urbana era uma medicina do ar, água, decomposições, fermentos, das condições de vida e do meio de existência, passou da análise do ambiente para análise dos efeitos desse ambiente sobre o organismo e, finalmente, à análise do próprio organismo. A organização da medicina social foi importante para a constituição da medicina científica (FOUCAULT, 1979). Entende-se por medicalização, a conversão em objeto da medicina e do médico, não apenas no corpo, mas nas condutas humanas. Tais como, o modo de se vestir, o que se come e como se come, a forma de construir e limpar casas, enfim, trata-se de um mecanismo que normatiza a maneira de viver das pessoas e das populações: poder disciplinar e biopolítica (FOUCAULT, 2005).

Já na Inglaterra, a medicina dos pobres, da força de trabalho e/ou do operário não foi o primeiro alvo da medicina social e, sim, o último. Em primeiro lugar, pensou-se o Estado, em seguida na cidade e, finalmente, nos pobres e trabalhadores. No segundo terço do século XIX, os pobres passaram a ser julgados como fonte de perigo, dando visibilidade a uma nova forma de medicina social. Assim, a população mais pobre teve que se submeter a vários instrumentos de controle médico a partir do momento em que se beneficiou do sistema de assistência em saúde financiada pelos ricos, pois esses tinham o medo do contágio (FOUCAULT, 1979). De maneira geral, pode-se dizer que, no século XIX, despontou, sobretudo na Inglaterra, uma medicina de controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las aptas ao trabalho e menos perigosas à burguesia.

Dessa forma, os saberes da medicina social passaram a reverberar como produção da verdade, ambicionando controlar o modo de vida das pessoas em nome da salubridade urbana, consolidando um alcance maior do que apenas aspectos preventivos e/ou curativos. A produção e transmissão dessas verdades são, portanto, efeitos de relações de poder que se estabelecem a partir da produção, acumulação e circulação de saberes (FOUCAULT, 1998).

No século XVIII houve o desenvolvimento de um mercado médico, a extensão de uma rede de pessoal que oferecia intervenções medicamente qualificadas. Esse mercado produziu um modelo que perdura até os dias atuais, em que o aumento de uma demanda de cuidados por parte dos indivíduos e das famílias foi aliada a emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame, no diagnóstico e nas terapêuticas individuais, (FOUCAULT, 2014)

No início do século XX surgiram instrumentos que motivaram a definição da teoria da doença enquanto alteração morfofuncional e aprimoraram a prática do diagnóstico,

possibilitando assim o avanço da medicina. O arsenal farmacológico também evoluiu, assim como as técnicas de cirurgia que eram muito limitadas antes da descoberta da anestesia. Dessa forma, pensar no trabalho médico como equivalente ao trabalho em saúde tornou-se quase automático a partir dos avanços obtidos no século XX (GONÇALVES, 1992, GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

Neste contexto, foi confiado ao ser humano o cuidado de si, sendo que historicamente a medicina tem formulado ideias e prescrições a respeito do conjunto de atividades implicadas no autocuidado, tais como: exercícios, dietas, atividade sexual, meditações, leituras, dentre outros (FOUCAULT, 2002).

3.3 A profissionalização da enfermagem

Segundo Foucault (1979), o avanço da Medicina favoreceu a reorganização dos hospitais. E é na reorganização da Instituição Hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação, que encontramos as raízes do processo de disciplinarização e seus reflexos na Enfermagem. Após esse processo, a Enfermagem ressurgiu de uma fase sombria em que esteve submersa até então (GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

Uma das pessoas mais importantes na história da Enfermagem é Florence Nightingale, nascida na Itália, era filha de ingleses e possuía inteligência atípica, tenacidade de propósitos, determinação e perseverança. No desejo de realizar-se como enfermeira, passou o inverno de 1844 em Roma, estudando as atividades das Irmandades Católicas, porém decidida a seguir sua vocação, procurou completar seus conhecimentos que julgava ainda insuficientes visitando o Hospital de Dublin dirigido pelas Irmãs de Misericórdia (GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

Em 1854 a Inglaterra, França e Turquia declararam guerra à Rússia e a mortalidade entre os soldados hospitalizados nos campos de batalha era de 40%. Foi nesse cenário que a Enfermagem passou a atuar, quando Florence Nightingale foi convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia. Aos poucos, os soldados e oficiais, um a um, começaram a curvar-se e a enaltecer à incomum Miss Nightingale, pois a mortalidade decresceu de 40% para 2% (GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

Segundo Pires (2009), a Enfermagem é uma profissão reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence agregou atributos às atividades de cuidado à saúde já desenvolvidas milenarmente. Somente a partir de Florence a ideia de cuidado passou a ser considerada objeto de estudo do que viria a se constituir a enfermagem, embora as ideias e formulações sobre cuidado sejam muito anteriores a isso (BOFF, 1999; AYRES, 2003; COSTA *et al.*, 2012).

Desde a antiguidade, o profissional de enfermagem dedicou-se a promover, restabelecer e manter a saúde das pessoas, atuando na promoção, prevenção e recuperação de doenças, reconhecendo na união do enfermeiro com o paciente e na enfermagem a possibilidade de satisfação das necessidades básicas da população (CAVALCANTI *et al.*, 2014). Além de ser reconhecida como uma área técnico-científica formalizada legalmente, a Enfermagem é também um campo de práticas sociais, pois assiste ao indivíduo doente ou sadio, a família e a comunidade (COSTA *et al.*, 2006). A evolução da enfermagem ocorreu de forma gradativa sob influência dos padrões da sociedade. Assim, o cuidado passou de uma assistência limitada ao círculo familiar, transmitida de geração em geração, para uma assistência técnico-científica, por meio da formação de profissionais em Universidades (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Segundo Costa *et al.* (2006), nas décadas de 1920 a 1930, ocorreu a inserção da Enfermagem profissional no Brasil. A Escola Anna Neri foi pioneira no país e priorizou em seu currículo as práticas de Saúde Pública reproduzindo o modelo Nightingaliano, que possuía disciplina militar em seus ensinamentos (GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995). Já nas décadas de 1940 a 1950, a saúde foi considerada prioridade nacional, evidenciada pela criação do Ministério da Saúde, e passou a desenvolver ações privadas da medicina de grupo, que se consolidou como modalidade assistencial. Nesse contexto, a Enfermagem encontrou espaço para a consolidação da modalidade Moderna, com participação progressivamente maior nos cenários hospitalares, ficando cada vez mais encarregada de atribuições administrativas e atividades educativas como treinamentos e preparo de pessoal em serviço (GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995; COSTA *et al.*, 2006).

Em 1960, período militar ditatorial no Brasil, os esforços estavam direcionados à centralização do poder e as práticas assistenciais passaram a ser exercidas em larga escala, por auxiliares de Enfermagem que ultrapassaram o total de enfermeiros, uma vez que o mercado de trabalho passou a exigir mão de obra para a atenção à saúde individual. Na década de 1970, a Enfermagem criou o seu conselho próprio como categoria profissional em nível federal e

garantiu a representatividade desse órgão de classe em diversas regiões do país. Entretanto, na década de 1980, a categoria não efetivou sua inserção no processo da reforma sanitária (COSTA *et al.*, 2006).

Nos anos de 1990, a Enfermagem, ocupou espaço na administração dos serviços de saúde com atividades voltadas para os recursos humanos, avanços tecnológicos e qualidade na oferta de bens e serviços. Portanto, reconhece-se que por muito tempo na história, a enfermagem somente reproduziu, ainda que de maneira eficiente e eficaz, o que foi determinado pelas políticas, programas e instituições governamentais. O enfermeiro parecia não ter percebido a dimensão da sua esfera de poder e visibilidade, conquistados ao longo do tempo (COSTA *et al.*, 2006).

De acordo com Pires (2009), cabe ao profissional enfermeiro cuidar do coletivo ou individual, educar e pesquisar, seja no trabalho com a equipe ou na promoção de saúde e prevenção de agravos com pacientes. Cabe ainda ao enfermeiro coordenar o trabalho coletivo da equipe de enfermagem, a administração do espaço assistencial, de participação no gerenciamento da assistência de saúde e no gerenciamento institucional. E mesmo com uma história por vezes discriminatória, a enfermagem, ainda hoje, busca seu verdadeiro papel em um campo cada vez maior de atuação, pois procura se modernizar, politizar, tentando se engajar gradativamente na apropriação da profissão como ciência (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

O trabalho da enfermagem sempre demandou uma relação próxima entre diversos sujeitos, como entre o cuidador e o sujeito a ser cuidado. O cuidador traz consigo sua subjetividade, história, necessidades, relações de trabalho e concepção profissional de saúde, por outro lado o sujeito a ser cuidado carrega consigo suas necessidades e concepções culturais de saúde e doença. Estas expectativas e interesses podem aproximar-se, potencializando a perspectiva do cuidado “de si e do outro” ou distanciar-se gerando conflitos entre os envolvidos (FOUCAULT, 2002).

3.4 Relação da medicina e enfermagem nas práticas de saúde

A partir do século XIX, o corpo doente foi reduzido apenas às suas dimensões biológicas, sendo extraído das suas relações psico-afetivas e culturais, desconsiderando, por conseguinte suas dimensões sociais. O processo de trabalho em saúde se tornou um produto de consumo individual, predominando o modelo biomédico, o que ainda acontece nos dias atuais.

Por muito tempo, todas as etapas do processo de trabalho em saúde foram executadas por um único profissional: o médico, pois ele cuidava do diagnóstico e da terapêutica por deter o conhecimento e alguns instrumentos como estetoscópio, lancetas e sanguessugas. Hoje, entretanto, grande parte desse trabalho é executado pelos enfermeiros e pelos técnicos de enfermagem (GONÇALVES, 1992).

O médico apropriou-se de todas as condições do processo de reabilitação do corpo individual debilitado, já que a chance de sobrevivência dos doentes se resumia ao seu conhecimento, à sua prática e à sua maleta. Iniciou-se aí a soberania e a supremacia da medicina, com domínio médico sobre as práticas de saúde que levavam à cura (GONÇALVES, 1992).

Como todos os demais trabalhos, as condutas médicas também foram estratificadas em ações intelectuais e manuais, estabelecendo-se, a partir daí a relação entre o médico, o corpo doente do paciente e os demais profissionais de saúde que executavam os cuidados (GONÇALVES, 1992).

Em seu livro, *O Nascimento da Clínica*, Michel Foucault buscou retratar a transformação fundamental da organização do conhecimento médico e sua prática, e, mesmo apresentando a evolução gradativa e histórica da medicina moderna não mencionou a conexão entre a medicina e a enfermagem. Percebe-se então, que ao ignorar a enfermagem na institucionalização dos hospitais como local de cura e reabilitação, Foucault reproduziu uma importante lacuna na história da saúde, pois apesar da enfermagem ser profissionalizada, foi ignorada na composição da obra.

Entretanto, juntamente ao trabalho mental do médico, um dos mais importantes trabalhos hospitalares foi o do enfermeiro, profissional encarregado pelas funções manuais vinculadas ao processo terapêutico e de funções, até então, opostas à da medicina, mas também essenciais para a concretização do processo de cura (GONÇALVES, 1992). Dessa maneira, a salvaguarda das atividades mais intelectuais manteve o médico como sujeito dominante sobre o processo de cuidado, uma vez que ele prescrevia medicamentos para tratar doenças que ele mesmo diagnosticava.

Posteriormente, com a profissionalização dos enfermeiros no século XIX, o trabalho da enfermagem também se segmentou, as funções que demandavam maior habilidade e raciocínio permaneceu com os profissionais mais qualificados, restando então para os seus auxiliares as funções menos intelectualizadas. Nas práticas de saúde como um todo, o controle dos

momentos mais intelectuais do trabalho conferiu aos médicos um poder sobre o conjunto do processo, além de outras hierarquizações sociais mais importantes diante do restante da equipe (GONÇALVES, 1992).

O atendimento hospitalar por sua vez, revestiu-se do caráter de empresa médica e o trabalho da Enfermagem assumiu a marcante divisão social do trabalho, típico do mercado capitalista, afastando-se, cada vez mais, do paciente e acirrando os conflitos entre os enfermeiros e os demais trabalhadores da saúde (COSTA *et al.*, 2006). Para Pires (2009), assim como a medicina desenvolveu teorias acerca das doenças, a enfermagem, por meio da sistematização das suas técnicas e dos princípios que a fundamentam cientificamente, evoluiu com as suas próprias teorias a partir de 1950. Contudo, não há consenso em relação à definição de cuidado, de seus componentes, nem em relação ao processo de cuidar. Foucault (2002), traz como entendimento de cuidado a arte existencial do cuidado de si, por meio do qual o ser humano cuida do seu corpo e de sua alma, construindo por intermédio desta trama a sua felicidade.

3.5 Resgate da história dos hospitais

Para que a relação técnica médico-paciente fosse possível de se efetivar foi necessário que se desenvolvessem locais adequados para que o médico tivesse contato com o corpo doente. Em um sentido mais amplo, este local, também considerado um instrumento de trabalho, constituiu-se no hospital moderno (GONÇALVES, 1992).

Até o século XVIII os hospitais eram casas de exclusão e amontoamento de toda espécie de marginais, inclusive de moribundos, sendo excepcional a presença do médico em seu interior. O hospital levou ao surgimento de uma série de profissões que viabilizariam o seu pleno funcionamento no futuro. Sendo assim, estas profissões se constituíram na primeira extensão do médico, considerado, então, o precursor das profissões voltadas à reabilitação de corpos doentes (GONÇALVES, 1992; GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

Nesse contexto, ao mesmo tempo em que o médico hierarquizava as práticas de saúde, ele também as dividia horizontalmente, em especialidades. Assim como ocorreu a especialização médica, houve a agregação de outros profissionais com áreas de atuação complementares na busca pela cura (GONÇALVES, 1979).

Foucault (1979), aponta a relevância do nascimento do hospital para o desenvolvimento da tecnologia do serviço médico. O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar apareceu claramente em torno de 1780 e sua estrutura foi concebida e planejada por meio de visitas e observações sistemáticas para comparação de melhores práticas nos hospitais da Europa. Assim, o hospital deixou de ser uma simples figura arquitetônica e passou a fazer parte de um fato médico-hospitalar.

A busca incessante por uma funcionalidade segura das instituições hospitalares na Europa, fez com que se considerasse a dinâmica da relação entre o número de doentes, o número de leitos e a área útil do hospital, a extensão e altura das salas, a cubagem de ar de que cada doente dispunha, a taxa de mortalidade e de cura. As instituições trouxeram ainda a relação entre os fenômenos patológicos e espaciais, na tentativa de explicar vários fatos patológicos próprios do hospital. Dentre esses fatores é possível destacar: a análises das taxas de mortalidades, a compreensão do percurso, do deslocamento e do movimento no interior hospitalar. Assim, surgiu um novo olhar sobre o hospital que passou a ser considerado uma máquina de curar em que, se houvesse a geração de efeitos patológicos, deveriam ser corrigidos imediatamente (FOUCAULT, 1979).

O fato de a primeira grande organização hospitalar da Europa se situar, no século XVII, essencialmente nos hospitais marítimos e militares, confirma a busca pela purificação do ambiente hospitalar no período, pois não foi a partir de uma técnica médica que o hospital marítimo e militar foi reordenado, mas, essencialmente, a partir de uma tecnologia política que pode ser chamada de disciplina (FOUCAULT, 1979).

A disciplina implica em uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos como um mecanismo de gestão dos corpos, implicando em um registro contínuo e com utilização de técnicas que garantiam o sistema de poder. Introduziu-se assim, os mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital e, devido a uma transformação no saber médico e suas práticas, a disciplina hospitalar tornou-se médica e o poder disciplinar passou a ser confiado ao médico. Passa a existir, assim, o hospital como um meio de intervenção sobre o doente, firmando a arquitetura do hospital como um fator e instrumento de cura, retirando de cena o hospital-exclusão e criando o espaço hospitalar medicalizado em sua função e em seus efeitos (FOUCAULT, 1979).

No hospital, a determinação dos lugares dos corpos se cumpriu para satisfazer não só a necessidade de vigiar e de romper as comunicações perigosas, mas também de criar um espaço útil aos médicos. Aos poucos, foi surgindo um espaço político-administrativo articulado em ambiente terapêutico que individualizou os sintomas, as doenças, as vias, os corpos e as mortes (FOUCAULT, 1979).

Em torno de 1770, determinou-se que o médico deveria residir no hospital. Foucault (1979) destaca, ainda, que a tomada de poder pelo médico se manifestou no ritual de sua visita, desfile quase religioso em que o médico, caminhando na frente, ia ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos e enfermeiras, definindo onde cada pessoa deveria estar posicionada. O médico era anunciado por uma sineta, e a enfermeira se postava na porta com um caderno nas mãos para lhe acompanhar quando entrasse nas alas de internação.

Com o passar do tempo, apareceu, segundo Foucault (1979), a obrigação dos médicos confrontarem suas experiências e seus registros com o intuito de verificar quais foram os diferentes tratamentos aplicados, quais tiveram maior êxito, quais médicos tinham mais sucesso e verificar se as doenças epidêmicas passaram de uma sala para outra. Esse acompanhamento foi realizado na tentativa da disciplinarização médica.

O hospital, como instituição ou dispositivo de normalização disciplinar, teve suas ações orientadas para constituir um espaço salutar e corretivo que, de maneira indireta, mantém constante vigilância social por reorganizar os hábitos dos pacientes e, principalmente, interagir com a moral das condutas no que diz respeito à humanização do atendimento hospitalar (VERONESE, 2007). Na contemporaneidade, hospitais e clínicas passam por uma transformação, da condição de simples casa de recuperação ou enclausuramento de enfermos para o hospital hotel, onde o sujeito é tratado como um hóspede/cliente e, não mais, como paciente (VERONESE, 2007).

A hotelaria hospitalar de hoje, visa oferecer uma humanização do ambiente, onde elementos como o espaço físico, os equipamentos e o atendimento aprimoram a experiência da internação. Esse processo tem por objetivo criar um ambiente terapêutico propício à recuperação do paciente, suprimindo suas necessidades básicas de sobrevivência e abrigo, integrando o sujeito com seu macro ambiente, mesmo quando estiver impedido de conviver com sua rotina de atividades (MUGGIATI, 1989). Coube, portanto ao hospital, como

instituição onde se legitimou o poder a partir do “exame”, da “organização” e da “disciplina”, reelaborar uma nova forma de tratar o sujeito não produtivo sem afetar o seu corpo social.

3.6 O poder na perspectiva de Foucault e as práticas de saúde

Segundo Foucault (2014), o corpo foi descoberto como objeto e alvo de poder durante a Era Clássica. Foi considerado dócil por se perceber que era possível manipulá-lo, modelá-lo e treiná-lo para obedecer. Trata-se então de uma relação de docilidade-utilidade do corpo, uma vez que se permite com o método de docilização de corpos controlar as operações do indivíduo sujeitando suas forças ao que se deseja.

O processo de docilização, pode ser denominado de “disciplina”, que ao longo dos séculos XVII e XVIII se metamorfoseou em fórmulas gerais de domesticação, que diferentemente da escravidão, não se apropriava dos corpos, mas obtinha efeitos de utilidade de forma mais elegante e menos violenta, entretanto com fruto igualmente vultoso (FOUCAULT, 2014).

A disciplina é uma anatomia política do detalhe, pois o detalhe é o fundamento, o princípio necessário para se estabelecer qualquer método, como posto por Marechal Saxe, citado por Foucault em *Vigiar e Punir*: “não basta ter o gosto pela arquitetura. É preciso conhecer a arte de talhar pedras” (FOUCAULT, 2014; p. 137). Na disciplina, os elementos são permutáveis pelo fato de cada um se definir pelo lugar que ocupa no espaço e pela distância que o separa dos outros, assim, a disciplina individualiza os corpos por uma localização que os distribui e os faz circular em um fluxo de relações. Dessa maneira, organizando os lugares dos sujeitos, constituem-se espaços complexos permitindo a fixação e a circulação, garantindo melhor economia de tempo e gestos (FOUCAULT, 2014).

Foucault (2014), também considera o tempo como estratégia disciplinar pelo fato de o poder se articular diretamente sobre ele, na tentativa de controlá-lo e garantir a melhor forma da sua utilização, tendendo, contudo, a uma sujeição do indivíduo que nunca terminará de se completar.

A disciplina não é somente uma arte de dividir os corpos, de sugar e aglomerar o tempo deles, e sim uma maneira de integrar forças para obter um sistema eficiente. Dado que, o corpo singular se torna um elemento permitindo colocá-lo, movê-lo e articulá-lo com outros, sendo sua coragem e força, variáveis que não o definem como o lugar que ele ocupa. Os profissionais

podem ser comparados aos corpos segmentados inseridos em um conjunto articulado, no qual, mesmo sendo treinados para funcionar peça por peça, para determinadas operações, devem ser instruídos sempre a formar um elemento em um mecanismo de outro nível (FOUCAULT, 2014).

Em sua evolução histórica, o olhar disciplinar necessitou de escalas para formar uma rede completa, sem lacunas, com múltiplos degraus, possibilitando visualizar e controlar toda a superfície de forma discreta. O objetivo seria integrar-se ao dispositivo disciplinar sem atuar como freio ou obstáculo para os corpos em atividade. No ambiente hospitalar, diferentemente das fábricas e indústrias, o controle pela vigilância hierárquica é intenso e contínuo, ocorrendo ao longo de todo o processo de trabalho. O controle não se efetua somente sobre a produção, mas também contemplando a atividade dos homens, seu conhecimento técnico, a maneira de aplicá-lo na prática, sua agilidade, seu empenho e comportamento. A vigilância hierárquica como mecanismo de poder subsidia a sanção normalizadora (FOUCAULT, 2014).

A sanção busca punir os sujeitos pelos seus desvios, no intuito também de prevenir que novas falhas ocorram. “Pela palavra punição, deve-se compreender tudo o que é capaz de fazer as crianças sentirem a falta que cometeram, tudo que é capaz de humilhá-las, de confundí-las: [...] uma certa frieza, uma certa indiferença, uma pergunta, uma humilhação, uma destituição de posto” (FOUCAULT, 2014; p. 175). Dessa forma, os sistemas disciplinares particularizam punições que são da ordem do exercício, já que muitas vezes utilizam dos erros cometidos para avançar seus progressos na correção do defeito observado, sendo então compatíveis com o próprio ofício. Assim, a mecânica do castigo representa um processo que passa pela expiação e arrependimento objetivando a não repetição da falha ou erro.

Assim, a disciplina, ao sancionar os atos com precisão pela vigilância, examina os indivíduos com sua verdade axiomática e aplica penalidades integradas no ciclo de conhecimento dos mesmos. Todo o processo de marcação de desvios, hierarquização de qualidades, competências e aptidões engendram uma metodologia de castigo, mas também de recompensa. Em suma, a arte de punir, no regime do poder disciplinar, não visa nem à remissão e nem exatamente à repressão, por relacionar os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto que permite comparação, espaço de diferenciação e princípio de regras a seguir (FOUCAULT, 2014).

Prosseguindo com os dispositivos de disciplinarização, o exame, por sua vez, associa as técnicas da hierarquia que vigiam com as técnicas da sanção que normalizam, desencadeando

uma terceira técnica de controle normalizante que permite qualificar, classificar e punir. Esse mecanismo é um sistema de controle disciplinar muito utilizado, pois estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade que os diferencia e os condena. Por meio do exame, articula-se o ritual do poder, se legitima a experiência, confirma a força e instaura a verdade (FOUCAULT, 2014).

No final do século XVIII, o reconhecimento do hospital como aparelho de examinar conferiu à medicina uma posição hierárquica bastante valorizada e reconhecida. Com o propósito de otimizar as visitas médicas, os médicos ficaram encarregados de prestar serviço ao doente dia e noite, submetendo o paciente em uma situação de exame quase perpétuo. Entretanto, ao passo que avoluma as visitas aos doentes, intensifica-se as relações profissionais, bem como a vigília multidirecional e a necessidade de se seguir normas pela demanda aumentada de práticas de saúde (FOUCAULT, 2014).

Segundo Silva (2006), o desenvolvimento das práticas de saúde sempre esteve atrelado às estruturas sociais e seus movimentos, o qual, frequentemente, se depara com o glamour da profissão médica e a subordinação da enfermagem desde o surgimento dessas profissões até a atualidade.

As práticas de saúde, propriamente ditas, num primeiro estágio da civilização, consistiam em ações que garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino. Por volta do século V a. C., as práticas de saúde passaram a ser instintivas ou mágico-sacerdotais e, no alvorecer da ciência, relacionou a evolução das práticas de saúde ao surgimento da filosofia e ao progresso científico. Essa evolução iniciou-se no século V antes de Cristo a.C. estendendo-se até os primeiros séculos da Era Cristã, no qual o advento do raciocínio lógico desencadeou uma relação de causa e efeito para as doenças. Já a fase medieval foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à Enfermagem, tais como: a abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos que dão ao ofício, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio (GIOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

No período pós-monástico, evidencia-se a evolução das práticas de saúde no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Assim, a retomada da ciência corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI. No mundo moderno, as práticas de saúde sofreram interferência da Revolução Industrial no século XVI e

culminou de fato sua evolução tecnológica no século XIX (GIOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995; FRELLO; CARRARO, 2013). Segundo Foucault (1979), até o século XVIII, os religiosos e leigos que atuavam nos hospitais não buscavam a cura do doente com suas práticas, mas almejavam sua própria redenção fazendo caridades que lhe assegurassem a salvação eterna.

Do ponto de vista técnico, nenhum dos profissionais que compõe a equipe de um hospital é dispensável. Entretanto, por serem historicamente subalternos aos médicos nas práticas de saúde, configurou-se as diferenças de classes até no processo de reabilitação dos doentes. O controle dos momentos mais intelectuais do trabalho garantiu ao médico o poder sobre o conjunto do processo, acarretando contradições que opõem, de um lado, uma racionalidade puramente técnica e, do outro, a necessidade de reprodução das relações sociais. Assim, esses dois polos contraditórios só existem em sua unidade, de tal forma que um põe limites à plena expressão do outro, já que a divisão técnica do trabalho se dá por meio da divisão social do trabalho e vice-versa (GONÇALVES, 1992).

As demandas cada vez menos anatômicas da doença, resultou em um conflito profissional entre os médicos e os demais profissionais que compõem a equipe de saúde, pois não era mais suficiente somente tratar a doença. Outros fatores que geravam dor e sofrimento também deveriam ser considerados, dando visibilidade aos profissionais até então chamados de complementares. Em princípio, poder-se-ia pensar que esse conflito pudesse ser produtivo, estimulando o desenvolvimento de novas técnicas de intervenção e reabilitação que traria benefícios aos corpos biológicos doentes. Porém, ao colocar em jogo todo um conjunto de dimensões sociais, gerou-se uma rede de tensão nas relações profissionais dentro das instituições hospitalares, estendendo-se aos âmbitos externos do serviço de saúde (GONÇALVES, 1992).

De acordo com Pires (2009), a história da organização das profissões de saúde mostra a medicina como detentora legal do saber em saúde e elemento central do ato assistencial. Contudo, apesar do controle médico sobre as demais profissões da área da saúde ter se relativizado com a organização independente de diversos grupos profissionais, especialmente a partir dos séculos XIX e XX, o médico mantém, até hoje, certa hegemonia no setor. Nesse sentido, devido sua estrutura hierarquizada, o hospital atua como agregador de conflitos nas relações profissionais, principalmente entre médicos e enfermeiros (SILVA, 2006).

Cada profissional que atua sobre os corpos traz para as práticas de saúde seus conhecimentos e, com isso, defende suas verdades. Na perspectiva de Foucault (1979), verdade não é aquilo que é, mas aquilo que se dá, um acontecimento, já que a verdade não é encontrada, mas sim produzida. E nesse movimento, de contínua construção e reconstrução da verdade, estabelecem-se relações ambíguas, reversíveis, que lutam belicosamente por controle, dominação e vitória: uma relação de poder.

Percurso Metodológico

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Descrição do método

Com o objetivo de analisar como se configuram as relações de poder constituídas nos e pelos saberes e as práticas cotidianas de médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa na perspectiva pós-estruturalista, com base no referencial teórico-metodológico do filósofo francês Michael Foucault.

Dreyfus e Rabinow (1983) explicam que, para Foucault, na perspectiva pós-estruturalista, conceitos frequentemente usados em nossa sociedade não podem ser compreendidos como verdades universais, pois são apenas o resultado das constantes mudanças em um sistema de relações de poder que se expressam em práticas cotidianas, sendo condicionadas pela hegemonia do conhecimento dominante em um determinado momento. O cenário do estudo foi o Centro de Terapia Intensiva de um hospital filantrópico geral, de grande porte, localizado na cidade de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, Brasil.

A abordagem qualitativa foi eleita para esta pesquisa pelo fato de termos a realidade social como fonte de estudo e esta possuir dimensões essenciais de qualidade conforme descrito por Demo (2005) e Pope e Mays (2009). Na pesquisa qualitativa, utiliza-se o ambiente inalterado como fonte direta de dados e o pesquisador como principal instrumento (LÜDKE; ANDRÉ, 2011), demandando um contato direto e intenso desse pesquisador com o local da coleta de dados e a situação em investigação, sem que haja qualquer manipulação intencional nesse processo (POPE; MAYS, 2009; MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos, pois tenta retratar a perspectiva dos participantes em determinado contexto, onde o propósito não é contabilizar quantidades como resultados, mas sim conseguir compreender o comportamento de determinado grupo-alvo. Sendo assim, neste estudo, utilizou-se o método de investigação científica que foca no caráter subjetivo do objeto analisado por meio do discurso na perspectiva Foucaultiana. Para Foucault (2004), o discurso se apresenta como uma prática socialmente embasada, que apresenta explícita ou implicitamente, as marcas da ideologia que o constitui, não sendo, portanto, neutro. Godoi (2005) conceitua discurso como prática reflexiva da enunciação ou esfera onde os sujeitos atualizam as suas motivações comunicativas.

A análise do discurso (AD) figura-se como dispositivo teórico-metodológico constituído por um conjunto de ferramentas a serem empregadas não só para análise dos percursos semânticos, mas também para a identificação das estratégias utilizadas pelos profissionais para coexistirem em prol do mesmo objetivo (CORNELSEN, 2009). Nessa pesquisa, foi considerada a dimensão subjetiva e relacional da linguagem, onde reside sua profundidade e espessura, sem simplificação alguma do fenômeno da linguagem (GODOI, 2005).

Tal análise não remete interesse às quantificações e significações, mas sim às relações de produção de sentido, o estudo dos discursos, suas determinações e motivações, enaltecendo a importância do enunciado e da enunciação. Como define Godoi (2005), enunciado é o que se diz literalmente e enunciação é a identificação do sujeito no discurso, considerando os elementos de um item constitutivo da interpretação: o contexto. Neste caso, o contexto a ser considerado “é a dimensão mais ampla do texto, suporte das interpretações que envolvem as subjetividades, as ações, os objetos e os efeitos discursivos” (GODOI, 2005, p. 8).

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição sem fins lucrativos, caracterizada como hospital de grande porte do município de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais, o qual atende pacientes pelo Sistema Único de Saúde, bem como aqueles advindos do sistema suplementar de saúde, comportando-se socialmente como instituição filantrópica. Dentre os serviços de saúde de alta complexidade de Belo Horizonte, encontra-se a instituição sem fins lucrativos mencionada anteriormente, que atua desde 1971 com a missão de assistir com excelência e de forma humanizada o paciente com câncer. É uma das três instituições de saúde de Minas Gerais classificada pelo Ministério da Saúde como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), certificado Pleno pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e enfoca gestão de risco e segurança do paciente como critério de excelência.

O Hospital possui uma equipe de mais de 1.700 funcionários que exercem atividades nas diversas áreas técnicas e administrativas e mais de 537 médicos, entre preceptoria, residentes e especializando. O setor de terapia intensiva dispõe de 30 leitos destinados à internação de pacientes críticos e uma equipe assistencial composta por 17 enfermeiros e 100

técnicos de enfermagem. O CTI conta também com uma equipe médica, atualmente, composta por 31 intensivistas e 05 residentes cursando o 2º ano de especialização, conhecidos como R2, totalizando uma média de 170 admissões/mês.

A escolha do local foi influenciada por algumas particularidades que a prática da terapia intensiva oferece, pois aperfeiçoam a relação médico-enfermeiro, bem como o fato de se tratar de um setor fechado, que demanda maior contato profissional e exige um saber especializado e seguro para execução de práticas bem determinadas e direcionadas.

4.3 Participantes do estudo e coleta de dados

Segundo Demo (2005), estudos qualitativos demandam suas aplicações em grupos menores, a comunidades pequenas e a instituições de tamanhos facilmente contornáveis, sendo essa limitação metodológica amplamente compensada pela profundidade dos procedimentos, estando, nesta particularidade, sua razão de ser.

Neste sentido, no presente estudo foram entrevistados 08 médicos e 12 enfermeiros (TABELA 1). O critério de inclusão dos médicos e enfermeiros no estudo foi o de compor a equipe do setor, como residente ou plantonista e atuar como enfermeiro respectivamente. Inicialmente, propôs-se que apenas profissionais com no mínimo 06 meses de vínculo no setor fossem entrevistados, o que excluiria 02 enfermeiras com relevante atuação no serviço. Assim, optou-se por não utilizar como critério de inclusão a variável tempo mínimo de atuação no cenário. Isto porque a partir da observação de campo, percebeu-se que o tempo não delimita a relação de poder e, assim chegamos à conclusão de que excluí-las alteraria a percepção e compreensão da dinâmica das relações estudadas e a sua configuração.

As principais técnicas de coleta de dados usadas no estudo foram as entrevistas de roteiro semiestruturado (APÊNDICES B e C) e a observação, com registro em diário de campo. Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2017.

TABELA 1 - Distribuição dos participantes do estudo por categoria profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DE PROFISSIONAIS	Nº DE ENTREVISTADOS
Enfermeiros	17	12
Médicos	36	08

Fonte: dados da pesquisa

A entrevista foi a primeira opção de coleta de dados por ser considerada, por muitos autores, um dos instrumentos mais básicos para se coletar dados dentro da proposta qualitativa. É a técnica mais utilizada nas pesquisas relacionadas às Ciências Sociais por demandar interação social por meio das relações que se estabelecem à medida que entrevistador e entrevistado se comunicam por palavras, sons, gestos e feições (LÜDKE; ANDRÉ, 2011).

Delimitar a amostra é um dos grandes desafios das pesquisas qualitativas. A definição de amostragem por Bauer e Gaskel (2003) se constitui como um conjunto de técnicas para se alcançar representatividade. A confiabilidade da amostra representativa é incontestável e satisfatória à medida que garante eficiência na pesquisa por fornecer uma base lógica para o estudo de apenas partes de uma população sem que se percam as informações que traduzam a realidade de sua totalidade (VELLOSO, 2011). Isso justifica o fato de que, neste estudo, ter se utilizado a amostra por saturação, que não é sustentada por critérios estritamente numéricos e de que nela não há, a priori, delimitação de número de entrevistados.

Buscou-se garantir a representatividade da amostra a partir da apreensão da realidade do fenômeno estudado, o que foi considerado quando a coleta de novos dados não mais despertava novos insights teóricos, nem revelava novas propriedades das categorias estabelecidas (CHARMAZ, 2009; VELLOSO, 2011). Assim, foi considerada ideal a amostra capaz de refletir a totalidade de suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2010). A amostra abrangeu tantos indivíduos quantos foram necessários para a melhor compreensão da realidade estudada. Todavia, é importante ressaltar que não foram desprezadas informações de relevância ímpar cujo potencial explicativo foi necessário levar em conta.

A sequência das entrevistas foi definida de forma aleatória, respeitando a disponibilidade dos sujeitos do estudo em seus respectivos plantões. Os dados foram coletados na própria instituição, durante o turno de atuação de todos os profissionais, para que não

excedesse a carga horária de trabalho da escala em decorrência da pesquisa. Houve acordo prévio com as coordenações médica e de enfermagem para definição do melhor horário de abordagem aos profissionais considerando resguardar a rotina assistencial do setor.

A entrevista de roteiro semiestruturado possibilitou um diálogo norteado por um esquema básico, porém, flexível, o que permitiu ao pesquisador fazer adaptações que considerou serem necessárias no processo de coleta de dados (YIN, 2010). Utilizando-se esse roteiro, a entrevista foi conduzida por meio de perguntas fundamentais a respeito do fenômeno social que se desejava conhecer aprofundando em ideias ou respostas com maiores detalhes (POPE; MAYS, 2009).

Os participantes foram identificados utilizando a letra inicial maiúscula, que corresponde à sua categoria profissional (médico – M e enfermeiro – E), seguida do número correspondente à ordem da entrevista (TABELA 2).

As conversas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise e interpretação dos discursos constituídos a partir das falas dos autores, de forma a garantir a totalidade e fidedignidade das informações com auxílio de um aluno bolsista sob orientação e supervisão do pesquisador.

TABELA 2 – Identificação dos sujeitos do estudo.

IDENTIFICAÇÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL
E1	Enfermeiro
E2	Enfermeiro
E3	Enfermeiro
E4	Enfermeiro
E5	Enfermeiro
E6	Enfermeiro
E7	Enfermeiro
E8	Enfermeiro
E9	Enfermeiro
E10	Enfermeiro
E11	Enfermeiro
E12	Enfermeiro
M1	Médico
M2	Médico
M3	Médico
M4	Médico
M5	Médico
M6	Médico
M7	Médico
M8	Médico

Fonte: dados da pesquisa

Durante todo o processo de coleta de dados, todas as impressões e observações realizadas pela pesquisadora foram registradas em diário de campo. Quanto à prática da observação, analisar o ambiente no qual a pesquisa está sendo realizada favorece uma percepção mais aguçada das circunstâncias particulares onde os sujeitos estão inseridos, sendo uma ação essencial no processo de entendimento do contexto ao relacionar o percebido com as pessoas, os gestos e as palavras (POPE; MAYS, 2009; LÜDKE, ANDRÉ; 2011). Neste momento, a

maioria dos dados da realidade foi considerada importante, bem como a maneira como os sujeitos elaboraram as respostas às questões levantadas pela pesquisadora.

Para Pope e Mays (2009), a necessidade de observar surge em decorrência do distanciamento que há entre o que as pessoas falam e o que fazem. Por significarmos o que vemos de acordo com nossa vivência, este método precisa ser fielmente controlado e sistematizado, para que seja considerado um instrumento válido e limpo de inferências do pesquisador, demandando então um planejamento cuidadoso e uma rigorosa preparação do investigador ao determinar o que e como observar. Os dados observados foram documentados em um diário de campo por meio de um registro claro, detalhado e sistemático que resultou em 20 páginas escritas.

4.4 Tratamento dos dados: análise de discurso

Para Lüdke e André (2011), um mesmo objeto pode ser interpretado de diferentes formas por pessoas distintas, tendo o seu referencial particular como fator preponderante para estabelecer significados. A realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja verdadeira, assim serão fornecidos vários elementos para que o próprio leitor elabore sua opinião, além da conclusão exposta pelo pesquisador. Neste momento, o referencial foucauldiano atuará sobremaneira, já que o sentido proferido aos resultados pelo leitor estará intimamente relacionado com suas vivências, experiências e inquietações (FOUCAULT, 2008).

A Análise do Discurso (AD) foi utilizada neste estudo na tentativa de compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. É papel da análise do discurso descrever o sentido dos relatos, por meio dos objetos, dos tipos de enunciação, os conceitos, os temas e as teorias (CAPELLE; GOSLING, 2004).

Houve apropriação dos sentidos dos dados examinados atenciosamente para que pudessem ser interpretados. No referencial metodológico da AD, não há uma ditadura de método, de caminho a ser seguido. O mesmo é formado por um conjunto de conhecimentos, conceitos, técnicas e concepções sobre o discurso e o sujeito, herdados de diferentes disciplinas. Sendo assim, a ferramenta fundamental deste tipo de pesquisa é a capacidade interpretativa do investigador (CORNELSEN, 2009).

Para Carneiro (2011), utilizar a AD implica em abandonar a ideia de que somente a linguagem traz em si suas verdades, sendo o foco pretendido encontrar o sentido do dito, transcendendo o escrito e alcançando seu significado através de um estudo sobre o contexto e as circunstâncias que o formularam.

Foucault (2008) aborda a necessidade de se ver, no discurso, algo além de seus signos e códigos textuais. Para tanto, o autor argumenta que é preciso não mais tratar os discursos como conjuntos de signos, mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Na AD, consideramos o homem na sua história, os seus processos e condições da linguagem, além de se analisar a relação que se estabelece entre a língua e os sujeitos que a falam e as situações de produção do que é dito (ORLANDI, 2009).

Embora um olhar mais genérico sobre o discurso possa parecer pouca coisa, há que se considerar que as interdições que o atingem revelam sua intrínseca relação com o desejo e o poder. Nesse sentido, o discurso ultrapassa a barreira daquilo que manifesta ou oculta o desejo e atinge também o que é objeto do desejo. Ele não se restringe à tradução de lutas ou de sistemas de dominação, mas abrange questões que envolvem aquilo “por que se luta, pelo que se luta, o do qual nós queremos apoderar” (FOUCAULT, 2009, p.10).

O posicionamento ocupado nos discursos pelos sujeitos que se interagem envolve relações de poder, que afetam o cotidiano das pessoas, sendo a linguagem, um veículo de manifestação de forças e exercício desse poder. Uma preocupação foucaultiana é o que constitui o sujeito, por meio da relação na qual ele se constitui e se reconhece, sendo que, a subjetividade está relacionada aos jogos de poder estabelecidos pela linguagem, para a busca do conhecimento (FOUCAULT, 1979).

A partir das definições já realizadas, utilizou-se a análise do discurso como um processo de produção de sentidos, considerando os sujeitos, os discursos, os objetos do discurso, as estratégias de posicionamento, os procedimentos argumentativos, a memória, o interdiscurso, as continuidades e as rupturas. Esse processo pressupõe duas etapas, sendo a primeira, a exposição dos conceitos linguísticos, e a segunda, a explicação da maneira como este tipo de análise pode explorá-los (VELLOSO, 2011).

A prática do discurso está vinculada a elementos como: emissor, receptor, código, referente e mensagem. O processo de comunicação se legitima ao passo que o emissor transmite uma mensagem clara ou informação em código, que se refere a algo do seu cotidiano a um

receptor. Porém, a prática da AD ultrapassa a simples transferência de informação e desconsidera que haja separação ou distanciamento entre emissor e receptor, rompendo com o estabelecido de que exista uma sequência rígida na qual o primeiro fala e o segundo decodifica. Dessa maneira, o método de AD sugere que o processo de significação acontece simultaneamente para ambos, em sucessivos processos de identificação do sujeito, de argumentação de subjetivação e de construção da realidade, dentre outros. Daí o discurso poder ser definido como “efeitos de sentidos entre locutores” (ORLANDI, 2009, p.21).

Conforme propõe Minayo (2010), a operacionalização dos dados foi realizada em três etapas distintas: ordenação, classificação dos dados e análise final. A ordenação dos dados se referiu à transcrição das entrevistas gravadas em áudio, bem como a releitura do material produzido, a organização metódica dos dados obtidos por meio dos relatos e observação. Quanto à classificação dos dados, incluiu leitura profunda e exaustiva por repetidas vezes dos textos transcritos, para que se apreendesse os tópicos de relevância e a constituição dos dados de comunicações. E, por fim, a análise final dos dados se constituiu como o encontro da excentricidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais, no que coube este desafio, única e exclusivamente ao pesquisador.

O presente estudo buscou analisar os discursos considerando a condição social no qual ele foi produzido, o(s) seu(s) contexto(s) ideológico(s), o cenário e personagens diretamente envolvidos, citados, bem como aqueles referenciados de maneira indireta. Foi observado como estes personagens se fundem, como as relações são estabelecidas, sendo possível perceber as estratégias de persuasão elaboradas pelos autores na prática do discurso. Seguindo a proposta de Faria e Linhares (1993), o tratamento dos dados abarcou além de identificar os personagens, o conceito lexical, a natureza do vocabulário formado, e a partir disso selecionar ideias postas e pressupostas pelo dito e o não dito, nos possibilitando conhecer elementos silenciados pelos participantes fortemente imbricados nos aspectos ideológicos que permearam os discursos.

Embora a análise do discurso seja um método qualitativo que valorize a interpretação de textos, observou-se que sua validade e confiabilidade são diferenciadas quando comparada a outras pesquisas tradicionais, uma vez que seus eventos e fenômenos estão implícitos em textos e não há um único significado para um texto. Assim, é importante considerar que a confiabilidade e validade nesta análise se baseiam na força e na lógica dos argumentos utilizados, bem como na sua coerência (ERASGA, 2012; JORGENSEN; PHILLIPS, 2002). Desta forma, nesta análise, desenvolvemos uma compreensão crítica por meio do discurso de

como as relações de poder influenciam na configuração das práticas de saúde de médicos e enfermeiros de um Centro de Terapia Intensiva.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

Para atender os aspectos éticos da pesquisa, acatando à Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado nos Comitês de Ética da UFMG (COEP/UFMG), sob parecer nº 2.277.728 e do hospital geral filantrópico de Belo Horizonte, escolhido como cenário da pesquisa, parecer nº 2.379.540.

Foi mantido sigilo das informações e identidade de todos os participantes, garantindo anonimato dos mesmos, bem como a confidencialidade dos assuntos discutidos. Somente compuseram a amostra, os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias, sendo-lhes entregue uma das vias.

Resultados e Discussão

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O campo, a equipe e suas particularidades

A análise dos dados foi constituída a partir da observação da dinâmica do Centro de Terapia Intensiva, associado ao conteúdo das entrevistas realizadas com os médicos e enfermeiros. É necessário destacar a receptividade e a disponibilidade dos coordenadores, tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe médica, para conhecer o projeto de pesquisa e seus objetivos, o que despertou neles, de certa forma, interesse pelo resultado como oportunidade de melhoria do processo de trabalho em equipe no serviço.

De acordo com as definições da Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB (2009), entende-se por Enfermeiro Coordenador aquele legalmente habilitado, responsável pela coordenação da equipe de enfermagem. Por sua vez, define-se Médico Coordenador como o profissional médico, legalmente habilitado, especialista em medicina intensiva, responsável pelo gerenciamento técnico administrativo da unidade.

O primeiro contato para o desenvolvimento da pesquisa foi com a coordenadora de enfermagem do CTI que, após tomar conhecimento do conteúdo do estudo, disponibilizou a escala de trabalho dos enfermeiros, com suas cargas horárias diárias/mensais e logística dos plantões diurnos e noturnos, para planejamento do cronograma das entrevistas. Ressalta-se que um ponto facilitador para coleta de dados dos enfermeiros, conhecidos no serviço como supervisores de enfermagem, por terem graduação na área, foi o fato de a coordenação de enfermagem do setor ter se prontificado a elaborar uma agenda para a coleta dos dados, bem como me comunicar sempre que houvesse possibilidades do enfermeiro se ausentar do setor sem que houvesse prejuízo assistencial ao paciente.

Quanto à abordagem do corpo clínico, contamos também com grande receptividade do coordenador médico em autorizar a execução do estudo com os profissionais sob sua liderança. Por motivo de agenda comprometida do médico coordenador, a programação da abordagem desses profissionais foi delegada à secretária dos plantonistas, assim denominados no CTI, por prestarem serviços no setor em regime de plantão, não tendo continuidade e nem regularidade de presença obrigatória na instituição. Toda a logística de coleta de dados do corpo clínico foi organizada com o apoio de um auxiliar administrativo e, dessa maneira, as entrevistas foram realizadas seguindo a condição solicitada pelo coordenador médico: ocorrer em qualquer dia da semana, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, sem agendamento prévio, no

período da tarde para os plantonistas diurnos e após passagem de plantão para os plantonistas noturnos.

A observação do campo permitiu que, gradualmente, fosse possível compreender a forma de organização do trabalho, a composição e mobilidade dos equipamentos de assistência invasiva, a presença restrita e controlada de familiares, as práticas de saúde executadas a partir da interação entre profissionais, além limitação frente à gravidade dos pacientes internados em estado crítico.

O Centro de Terapia Intensiva é reconhecido pela AMIB (2009) como um agrupamento de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na mesma área física e sua infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização. Assim, observou-se que o cenário do estudo é um CTI Geral Adulto que agrega três UTI's no mesmo espaço estrutural, com leitos enumerados e identificados de 1 a 30, devidamente equipados para monitorização contínua de dados vitais e acomodação segura do paciente.

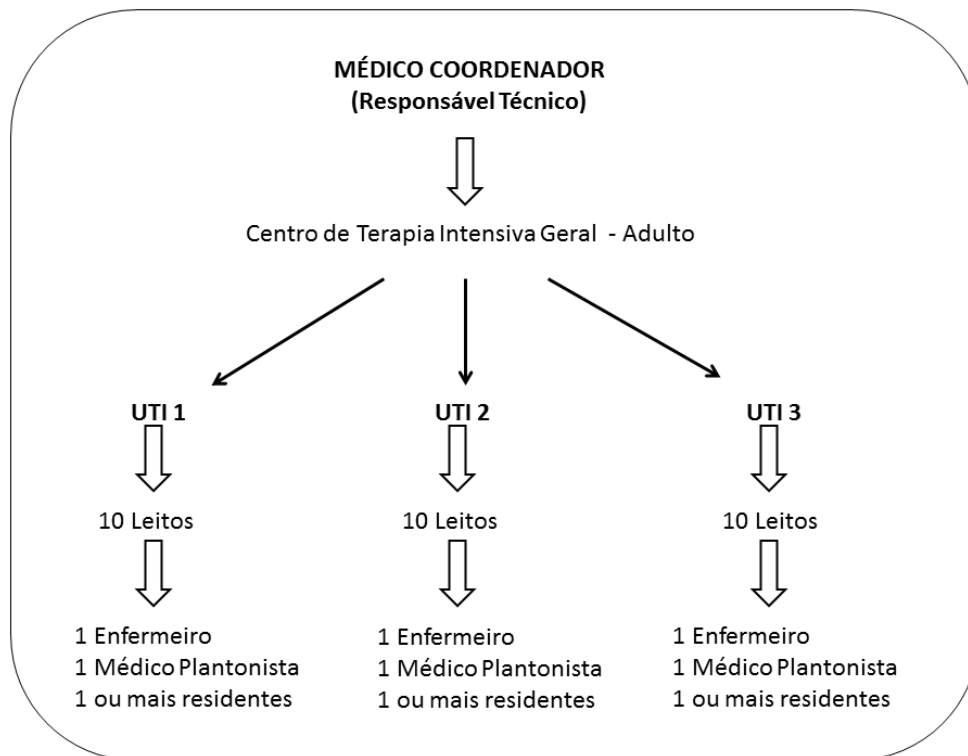
A estrutura física contempla secretaria, sala de pré-auditoria de prontuários, farmácia satélite, sala de descanso médico, sala de materiais e equipamentos, copa, lavabo para higienização das mãos no hall de entrada do setor, bem como em cada leito de internação, com dispenser de álcool gel, ilhas de computador para registro em prontuário eletrônico para uso da equipe interdisciplinar, sala de prescrição médica somente para os médicos, dois postos de enfermagem com bancadas de suporte e lavatórios, arsenal, depósito de materiais de limpeza (DML) e dois expurgos.

O Centro de Terapia Intensiva (CTI), dispõe de cinco carrinhos de reanimação cardiopulmonar, extintores de incêndio, leitos de isolamento aéreo para pacientes com bactéria multirresistente, aparentando assim estar em conformidade com o preconizado pelas RDC 07/2010 e RDC 50/2002. Chama a atenção a falta de local específico para descanso da equipe de enfermagem dentro do CTI, ao passo que há uma sala de conforto, de uso privativo dos médicos. Assim como Chavaglia *et al.*, (2011) identificaram em seu estudo, o local de descanso da enfermagem do nosso cenário também é externo ao CTI.

A disposição de médicos e enfermeiros no CTI, no período de 12 horas, é composta por três enfermeiros (um para cada dez leitos), três médicos plantonistas (um para cada dez leitos) e quantitativo variado de residentes de medicina, sendo três para cada plantonista (FIGURA 01). A RDC 07/2010 determina um número mínimo de profissionais por leitos:

- Médico diarista/rotineiro: um para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto;
- Médicos plantonistas: no mínimo um para cada dez leitos ou fração, em cada turno.
- Enfermeiros assistenciais: no mínimo um para cada oito leitos ou fração, em cada turno.

FIGURA 1- Disposição de Enfermeiros e Médicos no CTI em um plantão de 12 horas.



Fonte: Elaborado pela autora

Segundo a Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 293/2004, para cuidados intensivos, exige-se que a equipe de enfermagem seja constituída de 52 a 56% de enfermeiros no mínimo e o restante de técnicos de enfermagem. Corroborando o estudo de Chavaglia *et al.*, (2011), apesar de seguir as normas da RDC 07/2010, neste CTI a maioria da equipe de enfermagem é composta por técnicos de enfermagem, não atendendo o quantitativo de enfermeiros graduados sugerido pelo Conselho Federal de Enfermagem.

O médico diarista, também conhecido como médico horizontal, é a referência dos plantonistas para realização das corridas de leitos, discussão de casos clínicos e definição de condutas.

Não foi rara a percepção de demandas paralelas para os enfermeiros nas 3 UTI's concomitantemente: admissão de paciente em pós-operatório de cirurgia de grande porte, acionamento de parada cardiorrespiratória simultâneo e demanda médica por estar em procedimento invasivo no qual houve falha ou ausência de material ou equipamento, por exemplo (NOTAS DE CAMPO, 2017). Estes dados corroboram o encontrado por Boev e Xia (2015) em seu estudo desenvolvido em Singapura, que associa a qualidade da relação entre médicos e enfermeiros com a aquisição de infecções em pacientes internados em UTI's.

Também foi observado que frequentemente ocorrem admissões simultâneas na mesma UTI, onde há apenas um enfermeiro: pacientes com necessidade de monitorização do centro cirúrgico, pacientes em instabilidade hemodinâmica dos pronto-atendimento SUS e Convênio e pacientes graves da Unidade de Internação, ou seja, todos demandam atenção imediata do enfermeiro, não podendo ser delegada nenhuma dessas situações à equipe técnica (NOTAS DE CAMPO, 2017).

Outra situação observada no setor de Terapia Intensiva são os constantes barulhos e sons estranhos produzidos pelos alarmes dos diversos equipamentos de assistência invasiva, bem como, presença constante de odores fortes, claridade intensa devido à iluminação artificial, janelas sempre fechadas, de forma a impossibilitar entrada da luz natural e temperatura geralmente fria mantida por ar condicionado central. A associação desses fatores favorece um ambiente ainda mais hostil e estressante aos pacientes, aos familiares no momento da visita, e também aos profissionais da equipe de saúde, que lá atuam (CHAVAGLIA, *et al.*, 2011; WENHAM, PITTARD; 2009, BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015, MARTINS; ROBAZZI, 2009).

Trata-se de um ambiente fechado, via de regra, tumultuado pelos ininterruptos atendimentos de urgência em decorrência da gravidade dos pacientes. Entretanto, mesmo considerando que os inevitáveis ruídos irritam e atrapalham o desempenho profissional, observou-se despreocupação da equipe assistencial com relação ao tom de voz nas conversas paralelas, que nem sempre são de cunho profissional e pertinentes ao ambiente em que se encontram. Em consenso com outros estudos em Unidades de Terapia Intensiva Adulto, o exercício do silêncio em respeito aos pacientes não foi algo notado neste ambiente (NOTAS DE CAMPO, 2017; CHAVAGLIA, *et al.*, 2011; WENHAM, PITTARD; 2009, BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

Na contramão do que foi identificado no cenário de estudo, a literatura médica internacional, tem anunciado que, em relação à funcionalidade das UTI's, é desejável que os serviços de saúde garantam privacidade, quartos individuais, ambiente tranquilo, exposição à luz do dia, vista para a natureza, uma área confortável para a família e horários de visita livres (KESECIOGLU, 2015). Contudo, corroborando as considerações de Backes, Erdmann e Büscher (2015), a realidade das UTI's brasileiras, de modo geral, ainda não contempla todos esses aspectos.

Associado à observação, foram realizadas as entrevistas com as equipes. Essas entrevistas foram efetuadas individualmente, respeitando-se a privacidade dos profissionais. No princípio das entrevistas, realizou-se o levantamento de alguns dados dos participantes, de forma a caracterizá-los no estudo, de acordo com as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, tempo de conclusão da graduação, grau de formação, tempo de trabalho em CTI, tempo de trabalho na instituição, turno de trabalho, quantidade de vínculos empregatícios e se possui formação técnica para os enfermeiros (TABELAS 03, 04 e 05).

TABELA 3 – Perfil pessoal dos entrevistados.

DADOS PESSOAIS					
CATEGORIA PROFISSIONAL	Média de Idade	Sexo		Estado Civil	
		Masculino	Feminino	Solteiro	Casado
Enfermeiros	33,5	01	11	08	04
Médicos	32,5	04	04	06	02

Fonte: dados da pesquisa

Percebe-se que os participantes do estudo apresentam perfis diversos: idade média de 33,5 anos para enfermeiros e 32,5 anos para médicos. Quanto ao sexo, 8,3% dos enfermeiros são do sexo masculino, enquanto na amostra de médico são 50%. Ressalta-se que se trata de um resultado restrito à amostra deste estudo, não sendo possível generalizar o resultado em outros cenários e contextos. Entretanto, a premissa de que a profissão enfermagem é eminentemente feminina é reforçada tanto em estudos nacionais quanto internacionais (CHAVAGLIA, *et al.*, 2011; MACHADO, 2015; VEGESNA *et al.*, 2016). Em paralelo às relações de gênero, o papel simbólico da medicina, materializado na figura masculina do

médico, também é fonte de autoridade, legitimando mais uma vez o poder do curador sobre a cuidadora (PERILLO, 2008).

Quanto ao perfil profissional, cerca de 5% dos participantes possuem menos de um ano de formação e os demais: 40% entre 01 e 05 anos, 30% entre 06 e 10 anos, 20% entre 11 a 15 anos e 5% entre 16 a 20 anos de graduação. Em relação a ser especialista em Terapia Intensiva, a maioria dos participantes o são (cerca de 67% dos enfermeiros e 63% dos médicos), e, cabe ressaltar que, além da especialização *lato sensu* em CTI, nenhum dos participantes, independente da categoria profissional, cursou ou está cursando pós-graduação *stricto sensu*.

TABELA 4- Perfil profissional dos enfermeiros entrevistados.

DADOS PROFISSIONAIS						
PARTICIPANTES	Tempo de formação	Especialização em Terapia Intensiva		Tempo de atuação em CTI	Tempo de trabalho na instituição	Nº de vínculos empregatícios
Enfermeiros	11 anos	Sim		10 anos	9 anos	1
	2 anos	Sim		2 anos	2 meses	1
	9 anos	Sim		9 anos	2 anos	1
	5 anos	Não		4 anos	7 meses	2
	20 anos	Sim		20 anos	2 anos	2
	10 anos	Sim		12 anos	8 anos	2
	10 anos	Sim		9 anos	4 anos	2
	6 anos	Não		5 anos	5 anos	2
	7 meses	Não		7 meses	1 ano	1
	5 anos	Sim		4 anos	4 anos	2
	11 anos	Sim		8 anos	1 ano	1
	5 anos	Não		4 anos	3 meses	1
	Média	9,2 anos	67% Sim	33% Não	8,6 anos	3,25 anos

Fonte: dados da pesquisa

TABELA 5- Perfil profissional dos médicos entrevistados

DADOS PROFISSIONAIS						
PARTICIPANTES	Tempo de formação	Especialização em Terapia Intensiva		Tempo de atuação em CTI	Tempo de trabalho na instituição	Nº de vínculos empregatícios
Médicos	4 anos	Sim		1 ano	6 meses	3
	3 anos	Sim		2 anos	7 meses	3
	14 anos	Sim		12 anos	12 anos	2
	4 anos	Sim		4 anos	4 anos	5
	6 anos	Não		1 ano	2 anos	1
	11 anos	Sim		6 anos	7 anos	6
	5 anos	Não		2 anos	4 anos	2
	7 anos	Não		4 anos	1 ano	1
Média	6,8 anos	63% Sim	37% Não	4 anos	3,8 anos	N/A

Fonte: dados da pesquisa

O tempo médio de atuação em CTI foi de aproximadamente 8,6 anos para enfermeiros e 04 anos para os médicos (60% com até cinco anos, 25% com seis a 10 anos e 15% com 11 a 20 anos. Sobre o tempo de atuação na instituição, 5% estão há menos de 01 ano, 55% entre 01 e 05 anos de permanência, 15% entre 06 e 10 anos e 5% há mais de 10 anos atuando neste CTI. Com relação ao quantitativo de empregos por categoria profissional, 50% dos enfermeiros possuem 2 vínculos empregatícios associando este trabalho no CTI com outros CTI's como supervisores de enfermagem (50%), como docentes em curso técnico (33,3%) e como técnico de enfermagem (16,7%).

Assim como na pesquisa desenvolvida por Velloso (2011), durante o período de entrevistas, foi interessante observar que os enfermeiros criaram uma expectativa em relação ao teor das perguntas que seriam feitas durante a conversa, quando souberam que a pesquisa abordaria a temática das relações de poder. A grande maioria dos enfermeiros deixou transparecer que esperava que as perguntas apresentassem claramente questionamentos sobre as relações de poder, conflitos, ou que, ao menos, a palavra poder fosse citada em algum trecho do questionário. Assim, ao final de cada entrevista com os enfermeiros, foi possível observar a admiração com a conclusão da coleta, sem que as relações de poder, postura e divergências tivessem sido abordadas explicitamente.

Observou-se que, mesmo não havendo questões que citassem diretamente a palavra poder, vários enfermeiros se esforçaram, na tentativa de incluir esse conteúdo em suas respostas, através do relato de situações que envolvessem conflitos vivenciados na estrutura e suas relações com o poder. Isso aponta para concepção que as pessoas, em geral, estabelecem sobre o conceito e as relações de poder como algo que surge e se desenvolve obedecendo a uma estrutura verticalmente estabelecida (VELLOSO, 2011).

A equipe médica, embora tenha se mostrado disponível para participar, não manifestou entusiasmo pelo assunto, sendo bastante objetivos nas suas colocações. Como também percebido por Silva (2006), não raro, os profissionais médicos demonstraram certo desinteresse pelas perguntas abertas do roteiro de entrevista, caracterizando-as em alguns momentos como “vagas”. Entretanto, as respostas foram muito assertivas em muitos aspectos que ilustram a presença do binômio poder-saber para as duas categorias profissionais.

Para os enfermeiros, o tema do estudo apesar de muito relevante, é complexo, já demonstrando suas inquietantes percepções acerca das relações entre médicos e enfermeiros, possibilitando inferir que as relações sejam desgastantes para eles. Neste sentido, Tang *et al.*, (2013), reforçam que a relação hostil entre as duas profissões apesar de histórica, ainda persiste nos hospitais de muitos países ocidentais, como o EUA, Itália, Alemanha, México e de países asiáticos como China e Japão.

As entrevistas com os enfermeiros ocorreram em local reservado, com apenas uma interrupção durante todo o processo de coleta de dados.

No momento da abordagem da equipe médica, percebeu-se que os mesmos desconheciam o fato de estarmos realizando uma pesquisa no setor com relação às práticas de saúde de médicos e enfermeiros. A forma de operacionalização da coleta de dados com os médicos trouxe certa morosidade para o andamento desta etapa, associado também ao fato de que estudos de contexto social não serem muito usuais e serem pouco compreendidos pela classe médica como algo importante e necessário para modificar seu cenário de práticas. No que se refere às relações de poder, a equipe médica é tradicionalmente reconhecida em uma posição mais favorável e com uma postura evidentemente mais racionalista de detenção de poder.

A reação da equipe médica frente à abordagem inicial foi, por vezes, desmotivadora, reflexo da sua também restrita motivação para participar do estudo. Um dos participantes que se prontificou em participar da pesquisa argumentou, com naturalidade e simpatia, que o faria

com o intuito de apenas auxiliar a pesquisadora, deixando claro, em seu discurso, o favor prestado ao responder à entrevista.

O que também demonstra limitado envolvimento do corpo clínico com o estudo é que os médicos foram, por opção, abordados em uma sala comum a todos os plantonistas e residentes. Não foi possível entrevistá-los em local reservado e tranquilo, ocorrendo várias interrupções durante as conversas gravadas, nos possibilitando identificar nos áudios, conversas paralelas de terceiros que estavam no mesmo local do participante e entrevistador.

O quantitativo de páginas transcritas e tempo de áudio obtidos das duas categorias profissionais nos permite inferências quanto à credibilidade remetida ao estudo por parte dos profissionais (TABELA 06).

TABELA 6- Apresentação dos dados compilados

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL DE ENTREVISTADOS	Nº DE PÁGINAS TRANSCRITAS	TEMPO TOTAL DE ÁUDIO
Enfermeiros	12	38	01:47:04
Médicos	08	16	00:37:05
Total	20	54	02:24:09

Fonte: dados da pesquisa

No período de 03 de agosto a 06 de outubro de 2017, foram realizadas as 20 entrevistas áudio-gravadas, totalizando duas horas, vinte e quatro minutos e nove segundos. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e, como forma de prepará-las para a análise do discurso, foi utilizada uma simbologia proposta por Marcuschi (2003) (TABELA 07).

TABELA 7- Simbologia adotada para análise do discurso

SIMBOLOGIA DE MARCUSCHI	
Símbolos	Significados
()	Incompreensão de palavras ou segmentos
(hipótese)	Hipótese do que se ouviu
/	Truncamento
MAIÚSCULA	Entonação enfática
:::	Prolongamento de vogal ou consoante
--	Silabação
?	Interrogação
...	Qualquer pausa
((minúscula))	Comentários descritivos
-- --	Comentários que quebram a sequência temática da exposição
[Superposição, simultaneidade de vozes
(...)	Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto
“ ”	Citações literais de textos, durante a gravação

Fonte: (MARCUSCHI, 2003, p.9)

Acrescentou-se ainda a simbologia { } quando foi necessário registrar comentários com percepções da coleta ou da transcrição, por exemplo, { risos } ou { bocejo }, negrito para destacar partes dos trechos que mereciam destaque e o tempo do áudio ([00:00:00.00]) quando ocorria incompreensão de palavras ou segmentos. A utilização de todos estes símbolos visou produzir um volume de dados minuciosamente transcrito. No total foi produzido um volume de 54 páginas de transcrições.

No fluir da dissertação, os fragmentos das transcrições utilizados foram retratados em sua literalidade, e os símbolos de quebra de sequência temática (--), pausa (...) e truncamento (/) auxiliaram no processo de manter o sentido dos discursos, mesmo realizando recortes. Além disso, nesse processo de recortes, nos casos em que as frases precisaram ser recortadas, utilizou-se a simbologia [...]. Também foram acrescentadas as simbologias (P) para nomear falas do pesquisador e (XX) para substituir nomes de pessoas, locais ou expressões que poderiam, no conjunto das transcrições, propiciar a identificação dos participantes (RABELO, 2016).

Assim, a partir da análise dos discursos constituídos, foram identificadas três categorias empíricas principais:

- Identidade profissional: o reconhecimento de si na profissão;
- Disciplina: atitudes individualizantes ou necessidade coletiva?
- Circularidade do poder/saber na constituição das práticas cotidianas.

Considerando-se que as relações de poder se fazem presentes em todas as relações humanas e não restritamente em relações específicas, certamente, não houve intenção de esgotar a discussão sobre a configuração das práticas de saúde na perspectiva das relações de poder no CTI, mas de identificar nuances dessas relações que se apresentam de forma expressiva no delineamento da estrutura do trabalho e na configuração das relações das equipes. Ao longo da discussão, são transcritos trechos de falas dos entrevistados para exemplificar as situações analisadas. Entretanto, é importante ressaltar que o que se analisa não são as falas especificamente, mas os contextos nos quais elas foram produzidas e que foram observados durante a pesquisa, o que, de fato, constitui o discurso, ou seja, o discurso como prática social (VELLOSO, 2011).

5.2 Identidade profissional: o reconhecimento de si na profissão

“Sem trabalho eu não sou nada. Não tenho dignidade. Não sinto o meu valor. Não tenho identidade”

(Renato Russo).

Para Foucault (2008), você se torna sujeito pelas relações estabelecidas e a identidade se constitui por meio da posição que esse sujeito ocupa no discurso, assim, de acordo com sua posição social, a sua opinião é valorizada para mais ou para menos. Identidade é um substantivo feminino que expressa a “qualidade do que é idêntico”, tendo também como significado o “conjunto de características que distinguem uma pessoa ou uma coisa e por meio das quais é possível individualizá-la” (HOUAISS; VILLAR 2009, p. 1043).

Na óptica da Sociologia imersa na pós-modernidade, Bauman (2005) traduz a identidade como autodeterminação, ou seja, o eu postulado, no qual a identidade se revela como invenção e não como descoberta; sendo um esforço, um objetivo, uma construção. Trata-se então de algo inconcluso, precário, e essa verdade sobre a identidade está cada vez mais nítida, visto que, atualmente, interessa-se mais construir identidades individuais e não coletivas (FARIA; SOUZA, 2011). Nisso consiste a análise desta categoria, que visa especialmente dar lugar à estética da existência de médicos e enfermeiros que atuam simultaneamente em um Centro de Terapia Intensiva Adulto.

No entendimento filosófico, o conhecer-se é primordial para que o indivíduo planeje e alcance a realização dos seus sonhos, pois, ao resgatar seu propósito de vida, fortalece sua vontade, levando-o a conquistar o que almeja. A famosa frase de Sócrates, "conhece-te a ti mesmo", retrata o quão importante é desenvolver a consciência de si, para que se reconheça, se aceite, se transforme e harmonize os próprios sentimentos, no intuito de lembrar o sentido e o significado da própria vida, e, assim, conseguir direcioná-la (CASSIRER, 1977). Para Foucault (1979), você se torna sujeito quando se prende à uma identidade e, dependendo da sua identidade, a posição que você ocupa pode ser muito restritiva e limitada, influenciando suas escolhas e suas práticas.

Para Platão, o ser é poder existir e existir é habitar estaticamente na verdade do ser (SANTOS, 2012). Então, na tentativa de alcançar um discurso dos participantes sobre como eles se percebiam, como definiam a sua existência profissional e o que refletiam sobre si mesmos, a questão disparadora da entrevista foi: “Fale um pouco sobre o que é para você ser enfermeiro/médico”. Em geral, o primeiro momento da coleta de dados, em que se procedia à solicitação deste relato, consistiu em um marco das entrevistas de alguns enfermeiros, composto por um misto de espanto, pausas longas e silêncios demonstrando a dificuldade de falarem de si e de sua identidade.

((silêncio por 10 segundos)) ... Bom ... ser enfermeiro, é::: ... uma profissão **gratificante**, né?! É o que eu gosto de fazer. É o que eu escolhi prá mim, né?! (E4)

É... Essa pergunta deve ser a mais difícil. (E3)

((silêncio por 8 segundos)) ... É de uma pergunta aberta, né?! Difícil de ter uma resposta única. Mas, assim, ser enfermeiro é [...]. (E1).

De acordo com Jorge Neto (2013), questionar as pessoas sobre o que elas são, retrata a busca por uma síntese de um conjunto de características biológicas, sociais e psicológicas próprias a cada indivíduo ou grupo que permite seu reconhecimento. O silêncio prolongado dos enfermeiros nas falas refere embaraço em elaborar sobre si mesmo e pressupõe hesitação quanto a autorreflexão. O fato de os enfermeiros terem considerado a primeira pergunta como difícil, ou até mesmo terem cogitado ser a pergunta mais difícil, mostra impasse na construção identitária da enfermagem. Formular em palavras a essência do seu trabalho não deve ser considerado uma missão complexa, uma vez que, espera-se que os profissionais estejam seguros de suas práticas.

Para Cassirer (1977), mostrar-se de forma sincera e verdadeira não é algo simples e está condicionado ao desejo de se expor, que é aceitavelmente relativo. Entretanto, conhecer-se faz-se necessário pelo fato de o conhecimento de si ser a primeira condição para a auto realização do homem enquanto sujeito das suas próprias ações. Acredita-se que, por sempre existir algo a ser remodelado, ou até mesmo reconstruído, o ser humano é uma obra inacabada e para suas transformações acontecerem é necessário deixar-se construir para assim aproximar-se ao máximo de sua realização como Ser. Portanto, o ser humano jamais conhece a si mesmo como totalidade, mas vai se conhecendo à medida que vai se construindo (CASSIRER, 1977; JORGE NETO, 2013), como demonstra as falas abaixo:

Bom, hoje, oh / esse ano eu vou fazer (XX) anos de formada, e eu mudei muito a minha concepção, assim, do que é ser enfermeiro. **Depois que a gente tem uma maturidade profissional, a gente muda muito, né**, nossa visão, e [...] hoje eu me sinto MUITO mais importante [...]. (E7)

((silêncio por 5 segundos)) Ser enfermeiro é ter um, uma responsabilidade que, quando você tá estudando, né, você não sabe [...]. (E12)

Percebe-se a influência do tempo e da vivência na subjetivação dos sujeitos enquanto profissionais e com relação à consciência de si. Através das falas, pressupõe-se que ao longo do tempo nossas vivências e experiências nos modificam e nós, a partir de nossas percepções e atitudes transformamos o ambiente e construímos nossas relações com diferentes níveis de maturidade. A maturidade é definida como “estado, condição (de estrutura, forma, função ou organismo) num estágio adulto; condição de plenitude em arte, saber ou habilidade adquirida (intelectual, emocional ou comportamental)” (HOUAISS; VILLAR 2009, p. 1259).

Corroborando a percepção de Moreira (2009) e Igor (2010) em seus estudos sobre a compreensão do mundo vivido e a identidade da enfermagem respectivamente, a experiência do vivido proporciona a construção da nossa bagagem dinâmica, e cada indivíduo tece sua história imaterial, de acordo com suas subjetivações e desejos, ou seja, nenhuma história de vida é igual, mesmo que se ocupe espaços comuns, exerça a mesma atividade, conviva com as mesmas pessoas e desempenhe a mesma função. Ao falar de si, enquanto profissionais, os discursos produzidos são distintos e subjetivos, por mais semelhantes que sejam as circunstâncias e a condição social em que foram elaborados.

A subjetividade é legítima e fundamentada por tomar forma nos gestos, na postura, no olhar e nos discursos (FISCHER, 1999). Dessa maneira, ao passo que alguns enfermeiros manifestaram hesitação ao falar de si e da existência do eu, enquanto profissionais que são, a

equipe médica demonstrou facilidade, utilizando-se de um discurso objetivo para definir o sentido de ser médico para eles.

Pra mim, ser médico é atuar na **assistência do paciente**, tanto assistência clínica, né, da patologia, quanto na assistência também psíquica, social, familiar do::: paciente. (M1)

Então ... tentar melhorar o que incomoda o paciente ou a pessoa, é::: não necessariamente curar, mas tentar AMENIZAR o sofrimento dele. [...] (M4)

Ser médico é alguém que procura **ajudar o outro**, fazendo o melhor possível. Tentar TRATAR o **paciente como um todo**, e dentro das questões físicas e psíquicas ... (M6)

[...] consiste basicamente em **cuidar** das pessoas. (M8)

Além da assertividade e segurança da equipe médica em apresentar suas opiniões sobre o sentido das suas profissões, é interessante perceber que citaram e inseriram o cuidado na maioria dos discursos, assim como identificado por Silva (2006), falaram sobre o cuidado como identidade da profissão. Assim, é possível inferir que o cuidado como a atitude de desvelo, solicitude e de atenção com o outro é considerado pelos médicos como algo presente na prática da medicina. As falas acima mostram a preocupação, inquietação e responsabilidade do corpo clínico com os seus pacientes, pelo fato de a pessoa que tem cuidado se sentir envolvida e ligada ao outro.

No entanto, Jorge Neto (2013) e Tang *et al.*, (2013) afirmam que a partir do histórico de formação e do contexto da prática médica, o processo de construção da identidade do profissional médico prioriza sobremaneira as ações técnicas. Zimerman (2010), complementa ainda que o médico tem em sua identidade profissional o esquema referencial, entendido como o conjunto de conhecimentos, afetos e experiências com o qual se pensa, se age e se comunica.

O trecho abaixo demonstra o amor pela profissão, citado por um entrevistado, em um discurso encorpado de realização e orgulho por ter se tornado médico.

... Olha, médico, prá mim, é praticamente minha identidade. É tudo que eu sei fazer, é a coisa que eu mais gosto de fazer na vida, (...) uma realização também, né?! Muito bom, eu gosto, **eu amo ser médico, né?!** (M5)

Ao dizer que ser médico é “praticamente minha identidade”, o entrevistado ilustra que o papel profissional impregna a vida pessoal e se confunde com ela, gerando um apagamento da distinção entre o que o sujeito é e o seu trabalho (JORGE NETO, 2013). É de conhecimento a rigorosidade dos processos seletivos para cursos de medicina, devido à grande concorrência e por culturalmente ser uma das profissões com maior reconhecimento e remuneração, em

relação a outros cursos da área da saúde. Nesta lógica, Jorge Neto (2013) complementa que como o médico tem a função de autenticar a doença e viabilizar a cura, sua prática lhe confere poder sobre o caráter normativo da saúde, o que pode ser o motivo de tanto orgulho e satisfação por tornar-se médico.

Ao passo que a enfermagem desenvolve habilidades interpessoais para fornecer cuidados (TANG *et al.*, 2013), o cuidar também sempre fez e ainda faz parte da medicina, a única diferença é que sua ênfase está no procedimento e na tarefa com o objetivo da cura (DANTAS *et al.*, 2010). Assim, por se tratar da profissão reconhecida como a responsável pela cura, demanda, que a opção pela medicina seja precoce para que, ao longo da vida, a bagagem intelectual do sujeito possa ser paulatinamente arquitetada para o alcance de sua meta. Entretanto, atualmente, as condições de ingresso aos cursos de medicina selecionam previamente o aluno pela renda familiar (SANTOS *et al.*, 2015).

Associado ao poder aquisitivo, para Jorge Neto (2013), o modelo atual de formação médica influencia sobremaneira a identidade profissional dos médicos, pois para ele, a melhor formação certamente será coerente com a melhor identidade profissional. Em sua pesquisa sobre identidade no âmbito da educação médica, identificou que a visão focada e idealizada do estudante para a faculdade de Medicina resulta, na maioria das vezes, em frustração, perceptível em falas como: *“a didática dos professores da faculdade é muito ruim”*.

Assim como Bauman (2005) elucida que o autoconhecimento é a chave para a realização pessoal, Amorim (2013) coloca que, para se compreender o verdadeiro sentido do cuidado, também se faz necessário que o homem tenha, principalmente, a consciência do que ele é, das suas capacidades e fragilidades e o que ele efetivamente quer. Ou seja, o homem precisa também fazer o exercício da autoconsciência, autoanálise e autocrítica dando significado ao seu viver para assimilar o valor do cuidado.

A enfermagem está em interface com outras profissões da área da saúde e apresenta uma identidade que lhe é característica a partir de seus saberes, de sua história, de seu processo de construção social e cultural no campo da assistência à saúde das pessoas, de grupos e da sociedade (BELLAGUARDA *et al.*, 2011). O cuidado é considerado a essência da Enfermagem e para o seu exercício, precisa-se de uma formação e da produção de conhecimentos científicos que fundamentem o trabalho do profissional enfermeiro (PIRES, 2009; DANTAS *et al.*, 2010). Entretanto, por mais que, historicamente, a enfermagem, como profissão, tenha sido pautada

no cuidado ao próximo como essência, os discursos produzidos por alguns enfermeiros entrevistados trazem um distanciamento da assistência direta ao paciente como foco.

[...] ser **enfermeiro é ser um profissional multi**, [...] porque o enfermeiro, **ele não fica só focado a uma assistência direta** ao paciente né?! [...] aos cuidados que são designados à sua profissão. Além de ser esse profissional que cuida desse paciente e tendo que ter um conhecimento científico, [...] ele ainda responde por uma equipe técnica de enfermagem que também cuida dos seus pacientes, [...] o enfermeiro também... ele administra o setor [...] então, muitas das vezes, **além dele administrar esse setor, ele assume funções que não é dele**. [...] então, o enfermeiro, ele é um assistencial, um administrador, um educador, e eu acho que por enquanto / eu acho que isso tudo engloba. (E1)

O discurso do entrevistado mostra uma negação do cuidado direto ao paciente como essência do trabalho do enfermeiro. Nessa perspectiva, o cuidado está sendo compreendido como demérito para o profissional, que busca em atividades administrativas a afirmação da sua importância no ambiente. Pela fala, nota-se que o enfermeiro perde o foco de sua própria essência e também se perde na essência dos outros profissionais, confirmando que o modo de ser de uma pessoa decorre dos papéis que ela vai complementando, ao longo de sua existência, com as respostas obtidas na interação social, por outros papéis que complementam os seus (JORGE NETO, 2013).

A dificuldade em se ter uma resposta unidirecional no que se refere à identidade profissional do enfermeiro demonstra a dificuldade em atribuir identidade à profissão, o que pode estar associado ao fato de o enfermeiro assumir múltiplas atividades que lhe faz perder o foco do que realmente se espera dele: ser, por excelência, um especialista do cuidado. Em seu estudo para delinear o perfil do enfermeiro hospitalar, Machado (2015), identificou que, 100% dos sujeitos optaram pela profissão na área de enfermagem para prestar assistência direta aos indivíduos adoentados, contrapondo a fala abaixo:

[...] antes, eu ficava mais atrelada a procedimentos propriamente ditos, e **hoje eu me sinto MUITO mais importante**, [...] na própria organização e gestão do serviço, [...], supervisionar aquele serviço, saber cobrar, ter liderança né, ter compromisso com o trabalho, é dar bons exemplos à sua equipe, né, e... eu penso que, né, **o meu papel de enfermeiro é muito mais, é::: nessa organização de processo do que nos procedimentos**. (E7)

Apesar de a Enfermagem estar em sua natureza intimamente relacionada ao cuidar das sociedades primitivas (GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995), a negação desse cuidado como essência do enfermeiro, surge mais uma vez em um discurso carregado de recusa do ofício. A rejeição do cuidado como objeto de trabalho da enfermagem, produz efeitos relativos

à visibilidade que a gestão do serviço pode trazer ao enfermeiro, em detrimento do cuidado técnico interpretado socialmente como desmerecedor de reconhecimento. Esta análise confirma que, implementar a prescrição médica e os cuidados complementares ao paciente, não atribui prestígio ao enfermeiro (SANTOS *et al.*, 2015).

Em sua fala, o enfermeiro entrevistado afirma que organizar, gerir, supervisionar e ter liderança, lhe confere importância e valor. Como não dito, subentende-se que a vivência profissional do entrevistado esclareceu a ele o verdadeiro sentido da sua profissão: atuar como gerenciador do cuidado e não executor. Para Dantas *et al.*, (2010), o grande desafio da enfermagem está na necessidade de conciliação de interesses divergentes, relações de poder e de trabalho, complexas, interativas e interdependentes, podendo interferir na organização da sua identidade. Complementando o exposto, Silva (2006) alega que há de fato uma tendência do enfermeiro ao distanciamento do cuidar direto do paciente na busca por reconhecimento.

Como já citado por Campos (1992), as identidades são plurais, fragmentadas e fraturadas; não são singulares, mas sim multiplamente construídas ao longo de discursos, práticas e posições, que constantemente mudam e se transformam. Assim, confirmando o exposto, alguns enfermeiros, trouxeram em seus discursos a importância do cuidado como algo intrínseco da enfermagem, fundamental e elementar na assistência do paciente, resgatando dessa maneira o zelo e o prazer com a execução de técnicas assistenciais sobre os indivíduos acometidos.

É...tem a parte prazerosa, né, que é o gostar mesmo da profissão, o cuidar / aquele... o lado nosso de::: desenvolver o **cuidado mesmo**, com o paciente, [...]. (E3)

Bom, enfermeiro prá mim tem papel **fundamental**, né, porque ele PLANEJA a assistência em termos de cuidado, né [...]. (E5)

...Nossa, eu acho que, no CTI, né?!... [...] a gente ainda é uma das pessoas assim / mais especiais, [...]. É porque a gente tá diretamente ligado ao paciente na hora que ele não consegue fazer NADA por ele. Então, assim, **enfermeiro é tudo**, [...]. (E6)

Esses discursos provocam uma sensação aproximada de orgulho da profissão, considerando o cuidado como elemento de comprometimento do profissional para com o paciente, deixando transparecer uma certa leveza e clareza na maneira de se enxergar como profissional. O discurso de E6 é, a meu ver, motivador e traduz a satisfação para este enfermeiro em ser um sujeito do cuidado. O cuidado, nestes casos, não foi considerado demérito e sim a

razão da existência profissional, uma vez que os entrevistados se perceberam importantes e especiais no que fazem e nos lugares que ocupam.

Corroborando os achados de Backes; Erdmann e Buscher (2015), a Terapia Intensiva é um ambiente vivo, dinâmico e complexo que sustenta a vida dos pacientes nela internados e na terceira fala, a expressão “enfermeiro é tudo” mostra a percepção da centralidade da profissão no contexto de vida do entrevistado, que se reconhece a partir de referenciais que lhe conferem sentimento de nobreza, amplitude e honra. Tal análise encontra-se também ancorada no fato de que, durante toda a entrevista, a participante se apresentou sorridente, animada e, apesar de possuir muito tempo de atuação na área, não trouxe uma leitura da gestão do serviço como seu foco principal de atuação (NOTAS DE CAMPO, 2017).

Nesse contexto, cinco enfermeiros de um hospital de Nova York também manifestaram gostar da profissão e descreveram seu papel como provedor de cuidados compassivos, que inclui dar medicação, atender a todas as necessidades dos pacientes, seguindo as ordens dos médicos e às vezes até questionando suas ordens (LANCASTER, *et al.*, 2015).

Supostamente, a dificuldade percebida por alguns enfermeiros em definir sua identidade profissional, revela que não há entendimento claro dos seus atributos e da relevância do seu agir no contexto laboral. Pode-se estabelecer uma associação de que se o próprio profissional não se reconhece como agente principal do cuidado, como a sociedade, outros colegas de profissão, subordinados e membros das equipes interdisciplinares o perceberão como profissional essencial? Cabe refletir que, ao passo que não nos reconhecemos, avoluma a possibilidade de também não sermos reconhecidos e valorizados. Além disso, para Chavaglia *et al.*, (2011), a maneira pela qual os espaços hospitalares se moldam e se estruturam, também influencia significativamente na satisfação dos trabalhadores e seus comportamentos, podendo afetar diretamente a qualidade da assistência ao paciente.

[...] O que entristece é a questão da **desvalorização da profissão**, tanto financeira como social, ... é isso! Mas, assim, EU ME SINTO BEM, NA QUESTÃO PESSOAL, MESMO. (E3)

... [...] traz prá gente um retorno, mesmo que não visível assim, audível né. E **eu gosto muito de ser enfermeira**. (E12)

Considerando que, por ocupar grande parte do cotidiano, o trabalho pode ou não ser a gênese de realização e de prazer (MARTINS; ROBAZZI, 2009), esses discursos apontam para a insatisfação dos enfermeiros com a invisibilidade social da profissão e com a baixa remuneração da classe. Machado (2015) corrobora com esta afirmação, uma vez que a

insatisfação quanto à remuneração, também foi citada ao longo da entrevista com os enfermeiros de sua pesquisa, evidenciando que, 90% deles acreditam que recebem muito pouco para as atividades que exercem e pela responsabilidade intrínseca da profissão. Para eles, a remuneração reflete o nível de importância do profissional.

O discurso de E3 reproduz que a sua realização profissional se restringe ao campo pessoal, de forma que nada, além de sua própria satisfação em ser enfermeiro, o realize. Esta análise confirma o exposto por Bazzarelli e Amorim (2007), pois, para as autoras, o papel de cuidar como representação simbólica, tem grande importância na escolha da profissão pelo enfermeiro. Um estudo com enfermeiras americanas, demonstra que as profissionais também se satisfazem em apenas cumprir suas próprias tarefas e responsabilidades entre si e pacientes (SCHMALENBERG; KRAMER, 2009). Porém, o não ser reconhecido pelo trabalho realizado, é visto por muitos enfermeiros como incompreensão pelo que fazem, causando-lhes, de fato, sofrimento e desmotivação (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

Para Dantas *et al.* (2010), a finalidade do cuidar na enfermagem é prioritariamente o alívio do sofrimento humano, mantendo a dignidade e facilitando meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer. No entanto, este cuidar tem sido interpretado e praticado de uma forma que, nem sempre tem favorecido à enfermagem se afirmar como profissão autônoma no processo do cuidado. A desvalorização do cuidado insere-se num processo de alienação e perda de autonomia, pois o cuidado constitui a essência da prática de enfermagem, e neste estudo percebe-se a necessidade do afastamento desta prática na busca por reconhecimento.

Uma vez que, a identidade é o que possibilita ao indivíduo sentir que existe enquanto pessoa e profissional (SANTOS *et al.*, 2000), as falas acima remetem a sensação de que não há legitimação do reconhecimento do trabalho dos enfermeiros. Fica novamente posto nos discursos que se trata uma categoria profissional mal remunerada e não reconhecida socialmente, estando o papel do médico em uma posição superior e associada ao campo do mágico e do divino (BAZZARELLI; AMORIM, 2007). Em seu estudo, Silva (2006) constatou a desigualdade entre médicos e enfermeiros baseado até mesmo em um simples ticket de alimentação, cujos valores são diferentes para os dois profissionais. Embora a cantina fosse a mesma, a autora identificou que apenas o corpo médico recebia um valor maior no ticket, e, por conseguinte, tinha acesso a um consumo privilegiado, configurando neste detalhe um importante viés de desigualdade entre as categorias.

Relacionado ao fato de o enfermeiro ser um profissional envolvido em múltiplas tarefas e atividades, é importante elucidar situações que chamaram a atenção durante a observação do campo. Segundo Backes, Erdmann e Büscher (2015), os familiares também pertencem ao contexto da UTI, pois fazem parte da história dos pacientes e são responsáveis por eles. A presença dos familiares na UTI, entretanto, é muito restrita e a entrada dos mesmos, geralmente, é liberada apenas nos horários de visita.

Assim, reforçando o exposto por Backes, Erdmann e Büscher (2015), durante os horários de visita, observou-se que os familiares ficam bastante angustiados, preocupados e na expectativa de presenciar a melhora clínica do paciente. Dependendo do estado hemodinâmico do paciente, alguns familiares se sentem desconfortáveis, pois, quanto maior a gravidade e a complexidade do quadro clínico, mais invadido e mais aparatos de tecnologia médica são requeridos. Outros apresentam-se chorosos pela possibilidade de perda iminente do ente querido. Nesse contexto, o enfermeiro é acionado ininterruptamente pelas famílias, uma vez que a equipe técnica de enfermagem parece evitar permanecer frente ao leito nestes momentos, o que pode ser compreendido como uma estratégia auto protetiva, para não serem acionados pelas famílias (NOTAS DE CAMPO, 2017). Para Backes, Erdmann e Büscher (2015), a dificuldade dos profissionais em aceitar e lidar com a morte dos pacientes também gera sofrimento e angústia diante do não alcance do objetivo almejado, além do medo da reação da família. Motivo pelo qual, muitas vezes, evitam interagir efetivamente com os familiares no momento da visita em CTI's.

Nota-se, ainda, que os médicos também não ficam muito expostos aos familiares, restando ao enfermeiro assumir as funções de acolher os visitantes, contatar o médico a pedido dos familiares, muitas vezes para pedir notícias, uma vez que enfermeiros não são autorizados a informar sobre o quadro clínico dos pacientes. Durante o horário da visita, observou-se que os médicos fornecem as informações rapidamente, de forma bastante objetiva, utilizando termos técnicos, de difícil compreensão para a maioria das pessoas.

Considerando que a família precisa ser mantida a par da evolução do paciente (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015), após o repasse das informações pelo médico, frequentemente, o enfermeiro é novamente acionado para auxiliar os familiares a compreenderem o que não foi suficientemente esclarecido na abordagem médica (NOTAS DE CAMPO, 2017). Um estudo norte americano sobre os benefícios do cuidado médico domiciliar identificou que os conflitos familiares é um grave problema que interfere na qualidade do

cuidado, sendo esse um dos motivos que levam a equipe assistencial a se distanciar de familiares nos ambientes hospitalares (AREND *et al.*, 2012)

Na perspectiva da psicologia, a identidade que construímos vem do outro, mas pode ser recusada para se criar outra identificação (FARIA; SOUZA, 2011), ou seja, nossa identidade se estabelece pelo que o outro constrói a nosso respeito a partir do que possibilitamos ser percebido em nós. Assim, Dubar (1997, p. 104), afirma que a “identidade nunca é dada, é sempre construída e a (re) construir, em uma incerteza maior ou menor e mais ou menos durável”. Essa afirmação corrobora o entendimento de Ciampa (1987), que diz que a identidade se constrói na e pela atividade.

Dessa maneira, ao considerarmos a invisibilidade da enfermagem no ambiente assistencial da Terapia Intensiva, é possível estabelecer a relação dicotômica entre o pensar e o fazer, confirmando que o trabalho intelectual possui maior representatividade sobre a execução (SILVA, 2006). Na luta interprofissional pelo destaque no processo terapêutico, Fourez (1995) sinaliza que o diagnóstico e a intervenção sobre a patologia cabem, de fato, à medicina, enquanto profissão da cura e teoria das doenças e, dessa maneira, a busca do bem-estar dos seres humanos, seja dos que estão doentes, seja no sentido de promover o conforto ou a saúde cabe à enfermagem enquanto ciência do cuidado integral. É importante ressaltar que a realização de trabalhos manuais não isenta o profissional de desenvolver pensamento crítico-reflexivo acerca de suas práticas e seus desdobramentos como aborda o entrevistado no trecho abaixo.

[...] é como se fosse LIGAR esse tratamento, né, ao paciente [...], e o enfermeiro também seria um MEDIADOR, entre o técnico e o médico [...] e até **mesmo com um saber CIENTÍFICO MESMO**. Não vejo ele {o enfermeiro} só com um PODER ADMINISTRATIVO. (E5)

O discurso acima mostra o reconhecimento da relação do trabalho dos enfermeiros com o trabalho dos médicos, mesmo havendo certa dicotomia entre o determinar o que fazer e executar essa ação. Nightingale (1989) registra que a medicina, ao estruturar o seu paradigma disciplinar no estudo das doenças, na extração do mal e na cura do doente, priorizou o diagnóstico sobre o tratamento, a cura sobre a higiene, o corpo sobre a psicologia e a cura sobre o bem viver. A fala mostra a proximidade entre a concepção e a execução das ações do cuidado assistencial, cada uma com sua essência, mas não menos importantes, uma em detrimento da outra. Silva (2006) complementa que, apesar de as funções de médicos e enfermeiros divergirem no ambiente hospitalar, muitas vezes, as práticas de saúde de médicos e enfermeiros se confundem, pois, quem lida diretamente com a doença são eles. Ainda para a autora, na

concepção dos médicos, função do enfermeiro é dar suporte às ações empreendidas e pensadas pelo corpo clínico. Essa ideia também é reforçada por outro enfermeiro, ao tentar definir a relação médico-enfermeiro:

O MÉDICO É O TRATAMENTO, O ENFERMEIRO O CUIDADO, é a realização daquele tratamento. Então, não existe um sem o outro. (E3)

O entrevistado atribui valor às duas categorias profissionais em forma de complemento, demonstrando em sua percepção que se tratam de profissões afins e integradas. Apesar de se complementarem, para Paradis *et al.*, (2015), os diferentes tipos de conhecimento dos enfermeiros e médicos e os divergentes papéis que os dois grupos exercem podem levar a conflitos entre os que os que pensam e os que fazem. O que foi posto no discurso acima, desperta a mesma dicotomia entre a concepção e a execução que existe entre o trabalho do enfermeiro e o do técnico/auxiliar de enfermagem, cuja responsabilidade deste fato é atribuída a Florence Nightingale quando, em 1860, instituiu as classes de *nurses* e de *lady nurses*.

Aludindo ao passado, as *lady nurses* eram mulheres provenientes de famílias mais abastadas, que lhes custeavam os estudos para tarefas de supervisão e as *nurses*, de nível socioeconômico inferior, recebiam o ensino gratuito, sendo preparadas para o cuidado direto com o paciente (ZUZA; SILVA, 2007). Perpetua-se ainda nos dias de hoje, a fragmentação e hierarquização profissional da profissão, uma vez que, *nurses e lady nurses* se diferenciavam pelo nível social e pelo conhecimento/treinamento ao qual teriam acesso, reforçando a questão do poder/saber na identidade profissional (FOUCAULT, 1979).

Watson (1981) define que o cuidar constitui um processo básico entre pessoas, resultando na satisfação das necessidades humanas e ao fornecer cuidado, o enfermeiro deve integrar conhecimentos humanísticos e científicos para promover saúde e oferecer auxílio aos doentes. Entretanto, esse cuidar tem sido interpretado e praticado de uma forma que, nem sempre, tem favorecido perceptibilidade à Enfermagem. Dessa maneira, devido à falta de reconhecimento e à invisibilidade vivenciada pelos enfermeiros, nota-se uma busca por notoriedade através da gestão do serviço, pelo “poder administrativo”, ocasionando distanciamento da beira do leito e redução no envolvimento nas práticas de saúde que é onde o poder se legitima. Neste movimento, busca-se a inversão da concepção versus execução, já que quem administra concebe para que o outro execute, retratando a concepção como um local de supremacia hierárquica.

Para Foucault (2014), a visibilidade possui estreita relação com o poder e suas manifestações. Nas relações humanas, o poder está sempre presente e se movimenta a medida que a posição dos sujeitos se modifica na disputa pelo saber. Entretanto, Foucault não confunde a relação de poder com violência, pois somente se estabelece a relação de poder à medida em que os dois sujeitos são livres para resistir à dominação, mesmo que a relação seja assimétrica. Dessa maneira, se há relação de poder é porque há liberdade em todo lugar.

Assim como Silva (2006) demonstrou em seu estudo que muitos enfermeiros marcaram a medicina como primeira opção no vestibular, a fala abaixo confirma a importância dada por um enfermeiro ao desejo de ser médico.

[...] É... eu tive a oportunidade de fazer medicina, quando eu fui fazer vestibular, mas eu não quis, eu quis ser enfermeira [...], **você acha que é ficar na beirada do leito, mas não**, a gestão de toda a unidade de saúde, é ser enfermeiro. É trabalhar para que tudo funcione bem e isso vai refletir no cuidado lá na frente. (E2)

Vinculado à insatisfação pela invisibilidade, nesse discurso, mais uma vez, o cuidado à beira leito surge como uma atividade de pouco valor. Percebe-se que o próprio enfermeiro não valoriza esta prática e, conseqüentemente, atribui a si a responsabilidade de viabilizar o perfeito andamento do setor, se tornando então, um provedor do cuidado pela gestão. Nota-se um discurso amargo quanto ao exercício da profissão, demonstrando frustração em ser enfermeiro, não pela profissão em si, mas pelo contexto que se está inserido. Talvez por responsabilizar-se por demandas que não são exclusivamente da sua governabilidade, o enfermeiro propicia aos outros estabelecerem opiniões frágeis sobre suas identidades, como a fala abaixo, de um médico entrevistado.

O que você considera ser um bom enfermeiro? (P).

Um bom enfermeiro ou enfermeira, RESPEITOSO, atento, é::: tem que ter conhecimento técnico, LÓGICO, e que [...] tenha uma boa noção do ambiente de trabalho como um todo, **que tenha jogo de cintura** [...] pra lidar com todos os profissionais, com as situações, [...] **tem que ter de tudo um pouco**. (M6)

Em sua fala, o médico evidencia que o bom enfermeiro tem que saber fazer “de tudo um pouco”, mesmo atribuindo à enfermagem a necessidade da bagagem científica, o médico relata que o bom enfermeiro é aquele que tenha “jogo de cintura”. Pressupõe-se que, pela concepção do entrevistado, o enfermeiro vivencia permanentes situações embaraçosas, lida com simultâneos acontecimentos profissionais, e de forma enfática, foi dito que um bom enfermeiro é um enfermeiro “respeitoso”, sendo possível inferir que, deseja-se uma enfermagem submissa,

subversiva e que sirva a classe médica com o seu conhecimento técnico. Em seu estudo sobre atitudes colaborativas entre médicos e enfermeiros na Itália, Vegesna *et al.*, (2016) identificaram que muitos médicos ainda nutrem a percepção dos enfermeiros como seus meros assistentes e não enxergam a enfermagem como parceira e ativa no atendimento ao paciente.

Dubar (1997) define identidade, como resultado do processo de socialização, que compreende o cruzamento dos processos relacionais e biográficos. Dessa maneira, o que está no cerne do processo de constituição identitária, segundo o autor, é a identificação por meio das atribuições que são sempre do outro, visto que esse processo só é possível no âmbito da socialização. Dessa maneira, quando questionados sobre o que melhorariam na relação entre médico e enfermeiro, alguns enfermeiros mencionaram, em seus discursos, descontentamento quanto às corridas de leito e quanto à desvalorização do enfermeiro enquanto profissional que é.

Eu melhoraria essa questão dos médicos valorizarem mais o trabalho do enfermeiro [...], compreender mais a IMPORTÂNCIA do nosso papel [...] e:::, parar prá analisar mais as coisas que a gente fala, é::: **introduzir mais a equipe, até mesmo na corrida de leito, nas discussões de caso**, [...]. (E3)

[...] Então, mas aqui, a relação hoje em dia, eu acho mais tranquila, mas eu ainda acho que são POUCOS os médicos **que dão a real importância pro enfermeiro**, sabe. (E7)

Pelas falas, percebe-se o desejo do reconhecimento, o anseio pela valorização da enfermagem pela equipe médica, entretanto, as divergências entre médicos e enfermeiros acontecem a datar de séculos passados. A supremacia médica surgiu desde as primeiras escolas de enfermagem, no qual o médico foi considerado o único indivíduo qualificado para ensinar. Ao médico cabia, então, quais funções colocar nas mãos das enfermeiras, tornando-as assim subordinadas às suas ordens (COREN, 2007; SANTOS *et al.*, 2015). Essa situação talvez possa ser um dos resquícios refletidos ainda hoje, visto ser uma relação conflituosa de papéis e de poder. Estudos internacionais identificaram que a comunicação, respeito, confiança e poder desigual entre médicos e enfermeiros são fatores importantes que afetam a relação profissional entre as duas categorias (MCCAFFREY *et al.*, 2010; ROBINSON *et al.*, 2010; WELLER; BARROWE; GASQUIONE, 2011).

Para Silva (2006), hoje, há de fato, uma certa ambiguidade entre a definição e a atuação dos enfermeiros de nível superior. Entretanto se há uma indefinição quanto ao papel do enfermeiro por ele próprio, como os outros o perceberão de outra forma? Enfermeiros parecem não possuir sua função definida e nem identidade profissional precisa, apesar de que, para Faria

e Souza (2011), só se pode falar em construção identitária enquanto experimentação infundável. Nesse conflito de personalidade profissional, nota-se a angústia do enfermeiro por não ser participado de decisões que tangem o cuidado, embora alguns recusem esse cuidado como prática.

Tudo isso pode estar conectado à emergente necessidade de aperfeiçoamento funcional das instituições de saúde e pela necessidade de transformação dessas organizações. Os serviços prestados pelas instituições hospitalares têm passado por mudanças nos últimos anos. Fatores como o aumento da oferta de serviços, a rápida inovação tecnológica, o maior nível de exigência dos pacientes, o aumento da inflação no setor, entre outros, tem influenciado o panorama contemporâneo da saúde (GONÇALVES *et al.*, 2010). Assim, a exigência de adoção de novos modelos gerenciais vinculados à incorporação de tecnologias inovadoras no processo de trabalho pode explicar o motivo pelo qual a participação do enfermeiro no processo assistencial deixou de ser essencialmente técnica e passou a caracterizar-se de forma mais expressiva como uma atuação administrativa (PEREIRA *et al.*, 2011) como comprova a fala abaixo:

[...] então, como que eu vou prestar assistência? Como que eu vou fiscalizar? **Porque é meio nosso trabalho de enfermeiro, SER UM FISCAL**, se houve uma desinfecção correta do sítio de punção, se ele escovou as mãos, se o capote foi colocado de maneira estéril e tal, se a luva / como que eu vou saber isso? **E eu sou cobrada por isso. Claro!** Esse é o meu papel ... né?! De ZELAR pelo bem-estar do paciente, de ZELAR pelo cateter lá, é::: é::: estéril, mas se ele não me comunica, como que eu faço? (E2)

No discurso percebe-se uma subversão do significado de assistência de enfermagem, apontando para a vigilância como uma maneira de garantir assistência adequada ao paciente. Nota-se o enfermeiro se reconhecendo como zelador do cuidado e não como agente principal, tendo como atribuição máxima supervisionar se o cateter se manterá estéril, durante o procedimento, ocultando o paciente no processo.

Por conseguinte, essa nova forma de atuação do enfermeiro gerou uma sobrecarga de trabalho para o profissional, que se viu limitado a exercer sua função precípua de assistir o paciente para se dedicar às demandas burocráticas da instituição hospitalar (PEREIRA *et al.*, 2011). Pressupõe-se que os novos modelos de gestão hospitalares estão alterando a percepção dos enfermeiros frente às suas demandas assistenciais e, isso pode estar deturpando a formação identitária da profissão como “fiscais” o que de certa forma lhes conferem alguma autoridade no serviço.

Corroborando o exposto, Silva (2006) e Amorim e Frederico (2008) afirmam que o gerenciamento dos processos básicos para as atividades de saúde faculta visibilidade e provê, um gancho para a desarmonia entre as equipes, uma vez que, o posicionamento do enfermeiro passa a ser de vigilante e não de parceiro.

Ainda nesse sentido, Dantas *et al.*, (2010), salienta que a administração do setor é uma das principais atividades do enfermeiro no Brasil, pois devido à formação universitária e ao reduzido número de vagas nos serviços de saúde, lhe é solicitada a liderar os profissionais de nível médio. Por conseguinte, o cuidado direto é desempenhado prioritariamente pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, cabendo então ao enfermeiro planejar e coordenar indiretamente as atividades de cuidado. Ferreira (2015) acrescenta que os enfermeiros que supervisionam um setor assistencial realizam mais funções administrativas e quase nenhuma assistencial. Eles usam seus conhecimentos de enfermagem para atuar na supervisão e, com isso, muitas vezes, o serviço de saúde perde um bom enfermeiro com capacidades técnicas e conhecimento científico e não ganha um bom líder. O discurso do médico que se segue traz a percepção do corpo clínico quanto ao enfermeiro neste papel plurifacetado.

É::: o bom profissional geralmente da enfermagem tem que ter uma capacidade técnica boa, mas mais do que isso, **conseguir trabalhar em equipe de maneira adequada né?! É::: geralmente, o enfermeiro tem uma posição de líder é na equipe também. Então, quando é mais proativo, consegue é::: exercer bem essa liderança de maneira positiva. É eu acho que o enfermeiro é mais completo assim (M8).**

O enfermeiro é reconhecido pelo médico como o elo entre as equipes e, assim, precisa considerar o relacionamento interpessoal, preocupar-se em minimizar os fatores comportamentais e de infraestrutura com a finalidade de garantir a continuidade da assistência, o planejamento do trabalho e possibilidade de atuação dos demais profissionais da área da saúde (PEREIRA *et al.*, 2011). Por ser considerado o profissional responsável pela junção dos membros da equipe interdisciplinar, espera-se do enfermeiro uma postura diferenciada, madura e repleta de conhecimentos, tanto científico, no que tange à assistência dos pacientes, quanto de rotinas normalizadoras do serviço para garantir execução de procedimentos da forma padronizada. Sua presença no setor também requer alto nível de proatividade, como apresentam os discursos médicos abaixo:

O que você considera ser um bom enfermeiro? (P)

... Eu acho que é o enfermeiro que dá esse retorno pro médico, né, do que tá acontecendo e o enfermeiro que ... **corre atrás, que consegue ser dinâmico**

e, às vezes, a gente não tem que ficar COBRANDO, PEDINDO e vice-versa também, né?! (M1)

[...] é o enfermeiro ÁGIL, é o enfermeiro que **consegue perceber alterações ... PATOLÓGICAS** no paciente, aquele que consegue entender o que é grave, o que não é grave, **e que não tem medo de conversar com o médico**, [...] por vezes tem alguns colegas que realmente são mais difíceis, mas tem que chamar, porque quem tem que olhar e ter responsabilidade sobre isso é o médico. (M4)

Nessa perspectiva, percebemos que a equipe médica anseia por enfermeiros mais comprometidos com a assistência direta do paciente, corroborando a percepção clara do distanciamento da beira do leito que foi verificado nas falas dos enfermeiros. Os discursos acima pressupõem que os enfermeiros não têm agido antecipadamente, no intuito de evitar ou resolver situações e problemas futuros. Capta-se, pela fala, que *“aquele que consegue entender o que é grave, o que não é grave, e que não tem medo de conversar com o médico”* que os enfermeiros têm pouco domínio sobre as condições clínicas dos pacientes, pouco conhecimento para entender situações de urgência ou não dentro do ambiente da Terapia Intensiva, gerando eventos desgastantes por acionarem equipe médica desnecessariamente, ocasionando assim, certo incômodo ao plantonista. A fala de M4 confirma que os profissionais da UTI devem ter o maior cuidado e atenção redobrada, manter-se atentos aos detalhes que interferem diretamente com a vida, sendo necessário agilidade para se fazer o máximo possível pelos pacientes e evitar atrasos no cuidado (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

No intuito de compreender o impacto das relações médico-enfermeiro na satisfação e retenção de enfermeiros no ambiente hospitalar, Rosenstein (2002) identificou que os médicos se sentem frustrados quando as ordens proferidas por eles não são realizadas em tempo hábil e que a comunicação do enfermeiro com eles quase nunca é clara, o que também contribuiu em grande parte para a insatisfação de médicos no trabalho.

Essa situação gera alguns desdobramentos negativos para o convívio os dois profissionais pelo fato de constranger e inibir o enfermeiro a comunicar com o médico situações que acreditam serem importantes, podendo assim gerar prejuízo assistencial ao paciente. E associado a isso, temos um cenário em que um profissional médico, no seu horário de trabalho, se incomoda por ser acionado em situações que não são emergentes aos seus olhos, mesmo que, para outros, o são.

A necessidade de se ter conhecimento científico é imperativa ao passo que, se houver domínio sobre o que é de fato sua função, as atividades de competência do profissional serão

executadas com maior segurança, gerando reflexos positivos nos seus resultados alcançados e nas relações profissionais constituídas. Dessa maneira, a partir da leitura em profundidade dos discursos de médicos e enfermeiros procedeu-se a análise lexical dos textos, e foi possível observar que o vocabulário empregado por ambos é de fácil entendimento apesar de alguns trechos conter termos técnicos da área da saúde utilizados pelas duas categorias profissionais. Entretanto, percebe-se maior coerência gramatical nos discursos dos médicos, bem como uso de palavras menos coloquiais e menor ocorrência de conjugações verbais inadequadas. A esta pontuação cabe uma reflexão acerca da subjetivação dos sujeitos das duas categorias profissionais entrevistadas, já que ambos possuem curso superior e se encontram no mercado de trabalho atuando como lideranças de equipes de saúde.

A questão vinculada ao que se fala e o como se fala também reflete sobremaneira na forma com que as relações se estabelecem socialmente e profissionalmente. Sendo assim, pode-se associar a qualidade do discurso às construções de relações de respeito, admiração, reconhecimento e confiança entre sujeitos que dividem o mesmo espaço, o mesmo cenário e compartilham saberes. É válido considerar que a qualidade gramatical dos discursos pode estar diretamente arrolada às metodologias de formação de profissionais na graduação, que exige cada vez menos preparo dos candidatos para inserção no 3º grau para alguns cursos (SANTOS *et al.*, 2015).

Segundo Jorge Neto (2013), para entender a formação da identidade profissional atual do médico, é importante discutir o histórico de sua formação, pois, há uma crença de que o médico deve passar por algum tipo de sacrifício para que possa exercer plenamente seu ofício e merecer o endeusamento que marca sua escolha.

O acesso à educação formal tem, no Brasil, raízes na distribuição da renda familiar (BAZZARELLI; AMORIM, 2010). Essa realidade é particularmente válida quando se trata de vagas no ensino superior e também interfere no tipo de curso escolhido. Desde sua fundação, a estrutura do ensino de medicina dos Estados Unidos, a qual o ensino médico brasileiro se molda a partir do século XIX, é propositadamente elitista. Nos Estados Unidos, no intuito de controlar o acesso por classe social, as instâncias governamentais são pressionadas pelas associações médicas para proibir cursos que não sejam de período integral, tentando impedir o funcionamento das escolas do crepúsculo, nas palavras do presidente da American Medicine Association – AMA, em 1903 (PERILLO, 2008; PERILLO; AMORIM, 2007). Em consonância ao exposto, para Silva (2006), o ingresso em faculdades de medicina é legado daqueles que realizam um excelente percurso escolar, e a maioria dos jovens que ingressam em

faculdades públicas é oriunda de escolas particulares, afunilando as possibilidades da medicina para uma classe menos abastada.

O currículo de medicina impõe aos alunos atividades de tempo integral, tornando impossível o trabalho remunerado ao longo da graduação. O curso de enfermagem, em contrapartida, comporta o trabalho simultâneo para obtenção de renda durante a formação acadêmica, viabilizando inclusive, a passagem do nível técnico para o superior, prática impossível para os médicos. A manutenção do período integral tem funcionado desde então, como seleção a priori dos candidatos (PERILLO, 2008).

Silva (2006) apresenta que a maioria dos enfermeiros participantes do seu estudo atuaram primeiramente como técnicos de enfermagem para custear a faculdade de enfermagem. Dessa forma, a própria metodologia de ensino da medicina e da enfermagem, pode ser uma prerrogativa que explique o posicionamento austero e firme de alguns médicos, e esclareça a efemeridade intelectual de alguns enfermeiros. A divergência na conformação do ensino entre a medicina e a enfermagem, justifica em certo ponto, a maior segurança dos médicos em se posicionar, já que, a possibilidade por ser médico está vinculada uma questão socioeconômica e cultural preexistente. Dessa maneira, quando graduados, enfermeiros e médicos levam para o local de trabalho e para as formas assumidas nas relações de poder, as marcas de subalternidade e autoridade da estratificação social do próprio acesso e metodologia de Educação do Brasil (SANTOS *et al.*, 2015).

Ao realizar um estudo etnográfico na Austrália sobre como os profissionais aprendem entre si nas UTI's neonatais, Hunter *et al.*, (2008) identificaram as metodologias de formação entre os cursos de medicina e enfermagem são divergentes. Mediante a isso, os autores sugerem que os próprios modelos de ensino das duas categorias profissionais abarcam diferentes níveis de conhecimento científico e comprometem inclusive a conformação do que se espera para um trabalho em equipe ideal.

O conhecimento científico e gramatical pode ser percebido como uma fragilidade para a categoria de enfermeiros no resultado deste estudo. Sobre o contato do enfermeiro com o médico, observa-se na fala do entrevistado abaixo que a relação perpassa a invisibilidade do enfermeiro, uma noção equivocada de hierarquia e, por fim, a questão do conhecimento.

[...] **a maioria dos enfermeiros, eles recuam, eles não é::: enfrentam**, não causam embate, mesmo, né, é::: achando que tem razão ou discordando de alguma coisa, e aí acaba que o médico sempre fica como o dominante mesmo, com a última palavra. [...] antes eu pensava que isso era mais por causa dessa

questão de hierarquia mesmo, **muitos enfermeiros acham que o médico é um nível hierárquico, né, acima** de nós. E não é nada disso! **Mas hoje, infelizmente, eu acho que é por falta de CONHECIMENTO mesmo.** (E7)

O discurso deixa subentendido que se não há conhecimento necessário para argumentar, a tendência do ser humano é se retrair, não se posicionar e se inibir por não haver justificativas que sustentem sua opinião. Assim, a falta de conhecimento do enfermeiro desfavorece posturas de enfrentamento e posicionamento fazendo com que o mesmo se esconda para se proteger de exposições que possam constrangê-lo e colocá-lo como submisso ao poder do médico, já que a profissão médica representa uma interessante combinação entre conhecimento e poder (JORGE NETO, 2013). Dessa maneira, nota-se que, no ambiente assistencial, a postura do enfermeiro concede maior visibilidade aos médicos, por possibilitar a soberana legitimação dos seus saberes, deixando vazio o espaço do enfermeiro como detentor do saber científico.

Coombs e Ersser (2004), em um estudo etnográfico no Reino Unido sobre a hegemonia médica como barreira do trabalho interdisciplinar, identificaram que a soberania médica funciona como um sério obstáculo para a atuação do enfermeiro na UTI, uma vez que, apesar de necessárias, as contribuições de enfermeiros são costumeiramente desvalorizadas durante a decisão clínica. Nesse sentido, essas circunstâncias sustentam a supremacia médica e a submissão do enfermeiro às suas decisões.

[...] é:::, eu acho que é histórico mesmo, né, e talvez eles {médicos} nem percebam que agem dessa maneira, ou que isso já vem de tanto tempo que né, é::: [...], eles acham que isso é realmente o habitual, né?! Então, são poucas as... os locais onde a gente vê, que se... **que realmente funciona mesmo a equipe multidisciplinar.** [...] {risos}. (E7)

Eu acho que essa **relação enfermeiro e médico ela é muito cultural também**, dessa SUBMISSÃO DO ENFERMEIRO diante da equipe médica e que acredito que ao longo do tempo o profissional enfermeiro, ele vai ser mais valorizado, buscando sempre o conhecimento científico e isso o paciente só tem a ganhar. (E9)

O conhecimento mais uma vez aparece como determinante do seu posicionamento nas relações, e é interessante ressaltar que, ao passo que os médicos sinalizaram a importância do conhecimento para ser um bom enfermeiro, nas falas dos enfermeiros, não se evidencia o conhecimento como algo importante para ser um bom médico, embora, em muitos momentos, o médico tenha sido reconhecido, pelos enfermeiros, como a principal referência da equipe assistencial.

[...]E eu acho que ser um bom medico é **olhar para o ser humano.** (E2)

[...] ser um bom medico é aquele médico que se preocupa com o paciente, que se dedica, que entende que ele **DEPENDE** de uma equipe [...] ele não precisa ser **BRINCALHÃO**, igual muitos, às vezes, pensam, prá poder se entrosar com a equipe. Na verdade, ele precisa ser **com-pro-me-ti-do** com a profissão dele, que **É** a medicina. (E3)

[...] aqui no CTI, pelo menos, a gente não tem problema com a ausência de médico [...] então assim, pra manter uma boa assistência, ser um bom médico, é **cê tá ali, presente, do lado do paciente o tempo todo, prá tudo que ele precisar.**(E8)

Ter atenção, ter **RESPEITO** né, tá ali pra te ajudar, **porque querendo ou não ele é a referência assim,** [...]. (E8)

Como já mencionado, os próprios enfermeiros reforçam a supremacia médica e oprime a participação ativa da enfermagem nos processos decisórios sobre condutas assistências dos pacientes internados sob responsabilidade da equipe, como um todo. Entretanto, por maior que seja a valorização da assistência médica no processo terapêutico, ninguém é atendido em um serviço de saúde sem que a enfermagem tenha, direta ou indiretamente, influência no resultado da assistência recebida, independentemente do nível de complexidade do estabelecimento (LEININGER, 2002). Apesar disso, Sorensen e Iedema (2007) ao realizar um estudo etnográfico em Sidney para avaliar a capacidade dos enfermeiros para defender pessoas que morrem em unidades de terapia intensiva, identificaram que o conflito entre enfermeiros e médicos, a supremacia científica de medicina sobre enfermagem e a insuficiente autonomia da enfermagem na UTI, limitam os enfermeiros em processos decisórios sobre o cuidado.

Confirmando o fato dos enfermeiros considerarem os médicos como os responsáveis pelas decisões terapêuticas, um estudo conduzido em um centro hospitalar localizado na cidade de Nova York, confirmou que os médicos também acreditam que os enfermeiros os enxergam como grandes tomadores de decisão, aqueles que prescrevem ordens (LANCASTER *et al.*, 2015).

Ao passo que é legítima a existência de uma equipe interdisciplinar para garantir reabilitação adequada e de qualidade ao paciente internado, percebe-se que em alguns casos, a determinação da terapêutica está de fato vinculada a apenas uma das categorias presentes no serviço. Esta situação pode ser observada nas falas abaixo tanto de médicos quanto de enfermeiros.

... eles {os médicos} são os **donos da verdade** e assim fica. (E2)

Pois é ... os profissionais médicos, em relação à gente [...], infelizmente eu acredito, que eles vão mais na opinião deles. É como se a enfermagem não tivesse importância quando não condiz com o que eles acham, com o estudo deles [...] **têm aquele ar de superioridade**, sabe, INFELIZMENTE. (E3)

Ah eu acho que varia um pouco de cada médico e de cada enfermeiro né. [...] quando tem alguns conflitos varia um pouquinho e geralmente **fica por último a palavra do médico**. [...]. (M8)

Segundo Foucault (1979), até pouco tempo o hospital foi um lugar ambíguo que migrou para um ambiente de verdades a serem produzidas. Dessa maneira, o destaque de outras profissões no processo de cura dos doentes, deveria colocar em questão não somente os limites e incertezas da medicina no campo do conhecimento, mas também questionar a forma de conhecimento, interrogando as relações econômicas e políticas de nossa sociedade e o conhecimento, não em seus conteúdos falsos ou verdadeiros, mas em suas funções de poder-saber.

... Prá mim, **ser médico é uma carreira ... acho que ... como outra qualquer**. Embora as pessoas gostam de falar, ENDEUSAR a profissão, tem suas vantagens e desvantagens, várias. (M2)

Acho que, às vezes, é... falta uma proximidade maior entre médico e enfermeiro e também hoje em **dia tem muito a questão do médico ser visto como se tivesse acima do enfermeiro**. Acho que tem que ter uma posição igualitária, sabe? Prá não ter, é:::, ah ... discordâncias. (M7)

A fala de M2 mostra que, assim como a enfermagem possui seus infortúnios, na prática da medicina também há desvantagens que, apesar de não estarem explícitas no discurso, podem ser explicadas por Jorge Neto (2013). Segundo o autor, o título de médico foi criado na universidade medieval e, junto com ele, o status no contexto social, mas a idealização profissional da medicina, reconhecida com grande prestígio entre as profissões e expectativa de sucesso econômico, tem se contraposto a uma realidade de trabalho precária e distorcida, no qual os serviços e as atuais políticas de saúde não têm considerado as condições para o exercício adequado da profissão.

Nesta perspectiva, de acordo com Silva (2006), apesar de a medicina ser uma profissão com grandes possibilidades de reconhecimento social e financeiro, a relação de candidatos por vaga na medicina vem diminuindo desde 2001, deixando de ocupar o primeiro lugar no ranking das profissões mais procuradas. Entretanto, na contramão desta afirmativa, o Conselho Federal

de Medicina garante que em todas as universidades, o Curso de Medicina é sempre o mais disputado, sendo muito difícil o ingresso na graduação por exigir maior pontuação para aprovação.

Ao discursar sobre a necessidade da igualdade entre as diferentes categorias profissionais para que se alcance harmonia no ambiente laboral e, conseqüentemente, se alcance um melhor resultado assistencial, o médico entrevistado corrobora a ideia de Machado (2015), pois para a autora, a enfermagem sempre esteve em desvantagem quando comparada as demais categorias profissionais, principalmente à medicina. Em complemento, Lancaster *et al.*, (2015) trouxe em seu estudo a afirmação de duas enfermeiras norte americanas que confirma o resultado encontrado: *"eu vejo o médico como um maestro... Eu vejo a enfermeira como o primeiro violinista porque são os primeiros na cena e levar o grupo a fazer tudo"* e *"o papel da enfermeira é como ser uma garçonete: Eu me vejo como uma garçonete fazendo malabarismos com as coisas"*.

O trabalho e o homem não se constituem em um conjunto rígido, mas estão em constante movimento, portanto, flexível e dinâmico (MARTINS; ROBAZZI, 2009). Ciampa (1987) entende identidade justamente como essa metamorfose, ou seja, pode estar em constante transformação, sendo a mesma, apenas o resultado provisório da momentânea intersecção entre a história da pessoa, seu contexto histórico e social e seus projetos. Assim, podemos dizer que a identidade tem caráter evolutivo e depende de cada sujeito construir a sua própria, nos levando a crer que realmente as identidades se constituem nas relações.

5.3 Disciplina: atitudes individualizantes ou necessidade coletiva?

*"A disciplina
É o alicerce da ordem"*
(Élis Rocha).

Para Jorge Neto (2013), o papel social do sujeito o insere no mundo da cultura, nos padrões de conduta, valores e deveres, sendo também o que possibilita aos indivíduos serem reconhecidos e aceitos por seu grupo. Ao se tornar um corpo parte de um espaço, núcleo de um comportamento, soma de forças que se aglutinam, torna-se possível adestrá-lo e torná-lo útil pela disciplina (WERMUTH; SANTOS, 2016).

O ápice das disciplinas é o momento em que abrolha uma arte do corpo humano, que alveja não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas busca a constituição de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil e vice-versa. Dessa maneira, o corpo humano entra em uma maquinaria de poder que o esquadriha, o desmonta e o remodela. Surge assim a mecânica do poder, definida por Foucault (2014) como o domínio sobre o corpo dos outros, não unicamente para que se consiga que façam o que se deseja, mas que eles operem como se quer, por meio de técnicas rápidas e eficazes. Logo, pode-se dizer que a disciplina fabrica corpos submissos e exercitados, os chamados corpos dóceis.

Principalmente no ambiente hospitalar, a medicina ainda é entendida como profissão liberal, intelectual e científica e, a enfermagem, por sua vez, ainda é percebida como subsidiária, auxiliar e dependente (SILVA, 2006). Não obstante, é válido destacar que as relações de trabalho entre médicos e enfermeiros, apesar de dependentes são competitivas e fragmentadas, concretizando-se na prática como um conjunto de trabalhadores restritos às suas ocupações muito bem recortadas e definidas. No caso do exercício da saúde, o controle fica limitado ao médico, que determina o que deve ser feito, enquanto o papel do enfermeiro fica delimitado ao ato de executar, cuidar, remontando questões míticas da medicina e enfermagem (SANTOS, *et al.*, 2015; SILVA, 2006; FOUREZ, 1995), respaldando a fala abaixo de um enfermeiro entrevistado:

[...] se eu não tiver uma boa relação {com o médico}, como que eu vou assistir meu paciente? Porque **muitas coisas eu DEPENDO dele**. Por exemplo [...] a instituição NÃO ME LIBERA determinadas prescrições, determinados PROCEDIMENTOS, então eu dependo de chegar prá ele e conversar, **prá pedir uma prescrição** de uma estomareze prá uma colostomia [...], eu preciso de um pedido de interconsulta que ELE faça [...]. Então eu TENHO QUE TER esse trabalho junto com ele. (E8)

O trecho acima revela que o enfermeiro compreende a necessidade de cuidado do paciente, sabe o que precisa ser feito, do material necessário, mas, no entanto, depende do médico para formalizar o seu conhecimento e sua prática. Neste momento, ao acatar o pedido do enfermeiro, o médico legitima o conhecimento do mesmo e o autoriza a executar o cuidado.

Percebe-se ainda a preocupação do enfermeiro em manter uma relação harmônica com a equipe médica, como condição para garantir uma melhor assistência ao paciente internado, nutrindo ainda mais a supremacia médica. Subtende-se que o enfermeiro se sujeita a

determinadas situações por uma questão de prescrição médica, para ter acesso a materiais que precisa, reforçando um processo de disciplinarização e submissão.

Apesar de a colaboração entre médicos e enfermeiros ser considerada particularmente importante nos serviços de saúde (HANSSON *et al.*, 2010; SOLLAMI; CARICATI; SARLI, 2014), um estudo realizado na Itália, região da Toscana, para avaliar a relação das práticas de saúde com a colaboração entre enfermeiros e médicos, Vegesna *et al.*, (2016) identificaram que de fato, os enfermeiros são mais inclinados a atitudes colaborativas e ao trabalho em equipe, do que os médicos.

Esta sujeição não se refere a algo somente social e histórico, mas também a uma demanda política e econômica, uma vez que, os enfermeiros estão com suas atividades autônomas cada vez mais restritas tanto em serviços de alta complexidade como na atenção básica, conforme dispõe a Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017 no qual revisa as diretrizes para atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde e a Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013 que rege o exercício da medicina representada pelo Ato Médico.

Nota-se uma disciplinarização maciça da classe de enfermeiros através de leis e decretos em detrimento de um denso apoio ao domínio da classe médica quanto às práticas de saúde.

Contudo, na prática, a autorização para que o enfermeiro realize determinadas prescrições não cabe à instituição hospitalar, mas sim às operadoras de saúde. Os convênios, por meio de seus regulamentos, não arcam com certas despesas da internação dos pacientes, mesmo que esteja previsto em regulamentação profissional, se não houver prescrição médica confirmando e justificando a real necessidade do material ou do procedimento. Portanto, a saúde suplementar também delega poder aos médicos como os principais responsáveis pela vida do paciente e sua reabilitação. Segundo Silva (2006), no âmbito da enfermagem hospitalar, o novo desenho da profissão afunila o campo de atuação dos enfermeiros que quase se reduz a administrar e controlar o funcionamento do setor, a aplicabilidade de normas e as atividades dos profissionais que compõem a equipe assistencial.

[...] seria talvez mais seria esse::: / essa questão do **médico ter que compreender mais a burocracia do setor** pra poder... entender mais também, o trabalho do enfermeiro, quando a gente cobra deles algumas coisas / tipo **as vezes tem que cobrar um simples uso de máscara**, pra fazer um procedimento e dependendo do médico ele simplesmente vira pra sua cara, olha pro cê e fala – Não, eu não vou fazer, eu não vou colocar a máscara né, é::: eles entenderem que não é eu / que **eu não tô pedindo pra mim né, a gente pede pelos nossos pacientes mesmo.** (E3)

Nesse discurso, o enfermeiro se posiciona como um catalisador de burocracia, como se a execução correta de processos e procedimentos fosse de sua inteira responsabilidade, embora não seja ele o executor dos procedimentos invasivos, que são privativos dos médicos. Fica posto que a função do enfermeiro é monitorar o trabalho do médico em algumas situações, gerando, por vezes, resistência à disciplinarização instituída e conflito. O CTI apresenta ritmo acelerado, no qual são realizados procedimentos agressivos e invasivos, é onde o duelo entre a vida e a morte está bem presente, sendo que a morte, muitas vezes, é iminente (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

O interesse clínico e político dos Estados Unidos e de todo o mundo nas atividades de qualidade e segurança do paciente visa otimizar o atendimento ao paciente e reduzir a chance de erros assistenciais (PARADIS *et al.*, 2015), porém, subtende-se que o paciente pode vir a ser exposto a um risco aumentado durante um procedimento invasivo, se as normas de segurança não estiverem adequadas e o enfermeiro não estiver disposto a enfrentar o corpo clínico para garanti-las, como indica a fala abaixo:

[...] **o paciente, coitado, tem que dá a sorte de ter um enfermeiro que tenha coragem de falar com o médico**, o médico que seja receptivo, prá ele receber tal cuidado ou ter tal conduta. Então, eu acho que essa é uma demonstração clara que as relações interferem, assim, no cuidado prestado. (E7)

Em termos de utilidade, a disciplina aumenta ou diminui forças por dissociar o poder do corpo, intensificando sua capacidade e habilidade, e, reduzindo, em contrapartida a sua energia à resistência, estabelecendo então, uma relação de sujeição rigorosa do indivíduo. A “coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada” (FOUCAULT, 2014; p. 136), estando na coerção o dispositivo que baliza as possibilidades de resistência do corpo. Neste sentido, percebe-se um maior empenho do enfermeiro em garantir os padrões nos procedimentos que o próprio médico que executa, por receio de receber medidas coercitivas, entendidas como castigo.

Confirmando o exposto, Silva (2006) evidenciou em seu estudo que os enfermeiros sempre ouvem a frase “*você é só uma enfermeira, como pode me dizer o que fazer?*”, representando tensão e conflito na relação entre médicos e enfermeiros, quando o enfermeiro assume a posição de monitorar o trabalho do corpo clínico. Segundo a autora, os médicos participantes do seu estudo apresentam dificuldade em dividir espaços com outros profissionais na esfera hospitalar, e consideram absurda a ideia do enfermeiro querer ter o mesmo poder que os médicos nas práticas de saúde.

Para o homem disciplinado, nenhum detalhe é indiferente (FOUCAULT, 2014). Logo, infere-se que, para se observar, monitorar ou controlar algo, é desejado que se tenha conhecimento profundo e preciso da rotina, de sua lógica e seu objetivo. Neste sentido, o enfermeiro, enquanto líder e detentor desta função, assume precipuamente o dever de assegurar que os procedimentos médicos estejam de acordo com as normas institucionais regulamentadoras, como aponta os discursos abaixo de um enfermeiro e um médicos participantes do estudo:

Ah... eu acho que há uma divergência maior {na relação}, porque nós como **enfermeiros, realmente, a gente preocupa mais com a questão [...] de seguir os protocolos e as normas.** E muitas vezes aí na, na, na::: necessidade que o médico tem em querer fazer, eles acabam burlando um pouco as normas, [...] **a gente tem que ficar ali em CIMA** pedindo pra lavar a mão, botar o capote, colocar uma touca, né, e de certa maneira, não necessariamente deveria ser assim, né, **cada um sabe [...] de como deve fazer né [...].** (E12)

Acho que no geral, o enfermeiro respeita mais as normas que o médico [...], eles são mais adeptos. (M2)

A fala de E12, confirmada pelo discurso de M2, remete ao fato de o médico se preocupar em agilizar os procedimentos sob sua responsabilidade, sem garantir que o procedimento esteja sendo executado dentro dos padrões preconizados para mitigar os riscos de danos ao paciente e a ele próprio. Neste sentido, Céspedes *et al.*, (2010), coloca que a resistência de alguns profissionais de saúde quanto a adesão às normas institucionais, por vezes acaba deixando-os à margem da susceptibilidade para a ocorrência de acidentes com risco biológico.

Manias e Street (2001) publicaram três artigos etnográficos em Melbourne, Austrália, indicando a divergência de valores atribuídos às políticas e aos protocolos na UTI pelos médicos e enfermeiros. Os autores identificaram que de um modo geral, os enfermeiros se voltam para estes documentos de forma mais sistemática, aderem mais a normas e as utilizam para policiarse, decidir sobre estratégias de cuidados e justificar a sua resistência sobre uma ação sugerida pelo médico.

É importante destacar que a Organização Mundial da Saúde, bem como outros órgãos nacionais e internacionais de saúde, tem enfatizado a segurança do paciente e a qualidade da assistência como fundamentais, a fim de reduzir as chances de erros e minimizar falhas relacionadas à assistência (ANVISA, 2011). Entretanto, essa incumbência não cabe somente ao enfermeiro, mas sim a toda equipe assistencial. Neste momento surge o enfermeiro como vigilante da norma, sendo facultado a ele uma possível visibilidade pela circularidade do poder

sobre o médico, interferindo no status da relação entre eles. Assim, verifica-se a norma como possível fonte de conflito e determinante do padrão da relação entre médicos e enfermeiros nos serviços de saúde.

A minúcia dos regulamentos, o descortinar das inspeções e o controle dos detalhes facultam ao ambiente hospitalar, um conteúdo laicificado, leigo e uma racionalidade técnica. No ambiente da terapia intensiva, o espaço disciplinar estabelece as presenças e as ausências, define onde e como encontrar os indivíduos, permite instaurar comunicações úteis bem como interromper as inúteis, vigiar o comportamento do sujeito, apreciá-lo, sancioná-lo, medir suas qualidades ou méritos para conhecer, dominar e utilizar dele o que for necessário. Assim, a disciplina organiza um espaço analítico (FOUCAULT, 2014). A força de trabalho pode ser analisada em unidades individuais mesmo em um ambiente corporativo e compartilhado como a terapia intensiva. É possível realizar uma vigilância simultaneamente geral e individual, bem como constatar a presença e a qualidade do trabalho dos profissionais, inclusive, comparando-os entre si no que diz respeito aos seus atributos técnicos, comportamentais e relacionais.

[...] as vezes, a gente chega no plantão que a gente vê determinado médico, a gente: - Nossa hoje o plantão vai ser muito bom né, porque a gente tá bem assistido de médico! As vezes a gente chega assim e quando vê: - Nossa, ai meu Deus! Fica até torcendo prá que não aconteça nada e que as horas passem rápido. Então varia muito nisso aí, [...] **ele {médico} tá aqui pra trabalhar né, num tá aqui prá dormir, prá descansar**, então ele tem que pôr mesmo a mão na massa e ficar junto da gente, porque a gente precisa dele todo momento. (E11)

Na fala acima, nota-se novamente que as relações de conflito ou de harmonia entre médico e enfermeiro são estabelecidas pelos sujeitos e não simplesmente pela categoria profissional que ele ocupa, avocando a identidade como propulsora da conformação deste vínculo. Percebe-se, pelo discurso, que há relações desgastantes que geram tensão na equipe de enfermagem, caso seja necessário atuar em alguma intercorrência com determinados profissionais médicos. Pode-se presumir a partir da fala que, a personalidade de cada indivíduo interfere na obediência às normas, bem como no construto das relações, na essência do convívio, no nível de respeito e educação com o próximo, seja ele da mesma categoria profissional ou não, como também reforça os trechos abaixo.

As minhas experiências no CTI são muito boas, [...] nunca presenciei nada de muito esdrúxulo, mas a gente sabe que existem relações conflituosas. [...] **Eu sou amigo de todo mundo, sou amigo das enfermeiras em geral! {risos}**. (M5)

[...] com alguns {médicos} assim existe um respeito sabe, aquela parte de {o enfermeiro} poder opinar e **tem os médicos que não escutam NINGUÉM! Às vezes, tem aqueles que não escutam nem o próprio colega médico.** Entre eles mesmo a gente vê alguns atritos né, e a gente prá eles é como se NÃO EXISTISSE [...]. (E3)

A fala de E3 anuncia que há resistência não somente entre médico e enfermeiro, mas também entre os próprios médicos em situações que não estão óbvias no discurso, sendo esta uma demonstração que a diferença de classe não é o único determinante para que se constitua uma relação hostil. Assim como clarifica o discurso acima, Silva (2006) também identificou que há comprometimento no diálogo entre os próprios médicos. Para Martins e Robazzi (2009), as atividades nas UTI's são tão intensas que é fundamental uma equipe unida, harmoniosa e comprometida com assistência de qualidade, sendo preciso buscar comunicação construtiva, amizade e o respeito mútuo. Porém, ao considerar as práticas de saúde no serviço de Terapia Intensiva, pressupõe-se, pelos discursos de alguns entrevistados, que os atendimentos aos pacientes por determinados profissionais não são adequados ao padrão de excelência técnica, nem satisfatórios quanto à cordialidade no trato com a equipe.

Ao buscar entendimento sobre os papéis profissionais de médicos e enfermeiros, Robinson *et al.*, (2010) apontou que os médicos não compreendem adequadamente a função dos enfermeiros, uma vez que, eles percebem a enfermagem apenas como responsáveis por realizar suas ordens de tratamento e acioná-los, se necessário. Neste estudo, um dos enfermeiros traz, em sua fala, que alguns médicos não permanecem, durante o seu horário de trabalho, próximos da equipe e dos pacientes, o que dificulta a atuação da equipe de enfermagem no andamento das suas atividades. Isso também contraria o princípio do poder disciplinar e fragiliza as relações profissionais.

Se você pudesse melhorar alguma coisa na relação médico-enfermeiro, o que você melhoraria? (P)

... ((silêncio por 00:00:09)) Essa é difícil {risos} ... ((silêncio por mais 00:00:08)) ..., {melhoraria} **o médico estar mais presente no setor** ... a gente as vezes, sente muita falta do médico no setor [...] assim esse **tempo, que a gente perde de ir chamar eles, a gente se dedicaria pro paciente.** (E4)

O silêncio prolongado por dois momentos distintos demonstra incômodo pela pergunta e certo desejo de não se expor. A negligência médica pela ausência constante do médico no setor pode ser compreendida como algo não dito, entretanto, nos incita uma dúvida quanto a esta ausência, visto que, em outros momentos, alguns enfermeiros trouxeram que ausência

médica no setor não é um problema nos plantões diurnos. Logo, cabe uma reflexão: o médico de fato se ausenta fisicamente do setor ou o que há é um distanciamento relacional da equipe médica em relação ao profissional enfermeiro especificamente? Remete-se à questão da natureza desse vínculo, da relação de confiança (in)existente e talvez de dependência médica desse enfermeiro para sua atuação como também é demonstrado no trecho abaixo:

Considero ser um bom médico, o profissional que saiba ouvir, que saiba chegar pra equipe, **falar pra equipe quais são as propostas de trabalho dele, [...], como que ele vai conduzir o plantão, [...]** / **nortear a equipe no que que ele quer, quais são as condutas que ele vai realizar, [...]** porque as vezes o que eu percebo é que a equipe não tem nem norte, **ela não sabe nem o que que ela tem que olhar**, o que que ela tem que fazer, quando que ela tem que comunicar... comunicar, comunicar... não é bem assim! Entende? (E1)

Na análise deste discurso percebe-se um forte desejo do enfermeiro de que o médico compartilhe seu conhecimento, por ser delegado a ele o principal saber, a responsabilidade de nortear o cuidado e andamento do plantão, pressupondo uma submissão voluntária do enfermeiro à supremacia médica. Observa-se que a equipe de enfermagem almeja depender do olhar médico para executar seu trabalho, infere-se que a equipe de enfermagem não tem condições de perceber alterações significativas nos pacientes ou demandas assistenciais emergentes sem que sejam solicitadas ou sinalizadas pelo corpo clínico.

A maneira pela qual a enfermagem se refere ao médico gera automático descrédito quanto à sua competência e importância na prática de cuidado cotidiana, aludindo ao médico todo o poder de direcionar a equipe interdisciplinar, como se todos estivessem à sua inteira disposição e em uma posição mais confortável em não assumir determinados riscos por suas condutas.

Uma meta-análise recente de 18.782 profissionais de saúde italianos mostrou que, embora os médicos percebam uma colaboração mais existente que os enfermeiros, os enfermeiros têm uma atitude mais positiva em relação à colaboração do que os médicos no ambiente da terapia intensiva (SOLLAMI *et al.*, 2014). Para Vegesna *et al.*, (2016), essa descoberta sugere que os médicos tendem a orientar menos os enfermeiros buscando evitar o compartilhamento de poderes, já que historicamente os médicos sempre estiveram em posição de maior poder.

Nossos resultados reforçam ainda mais os resultados de um estudo sueco de 2010 que examinou o relacionamento médico-enfermeiro no ambiente de atenção primária, em que os

autores concluíram que as atitudes positivas em relação ao trabalho em equipe não parece ser uma constante no cotidiano dos médicos (HANSSON *et al.*, 2010).

Com relação a esse distanciamento médico citado pelos enfermeiros deste estudo, é factível inferir que quanto mais ausente o médico se faz, mais ele reforça sua supremacia. O seu não comparecimento evidencia ainda mais a necessidade de sua presença e de seu papel no serviço. Assim, esse absentismo pode ser compreendido como uma estratégia silenciada de demarcar espaço e poder.

Silva (2006) aborda, em seu estudo, questões sociais relacionadas ao prazer e sofrimento no trabalho, revelando que uma grande fonte de sofrimento para enfermeiros que atuam em hospitais é a pressão hierárquica atuante como dispositivo disciplinar. Os médicos, por sua vez, não acusaram sofrimento quanto a isso. Seu estudo ainda aponta que, na percepção médica, o fato de a vida das pessoas estarem constantemente em suas mãos já seria um fator relevante para que não houvesse uma isonomia de posições e de importância entre médicos e enfermeiros. No ambiente hospitalar, principalmente na Terapia Intensiva, apesar de os corpos ocuparem diferentes espaços no mesmo cenário, o movimento necessário para que se alcancem objetivos afins pode ser prejudicado pela preocupante relação de dependência que conecta os profissionais médicos e enfermeiros em uma estrutura disciplinar desproporcional.

O horário rigoroso de trabalho é considerado, por Foucault (2014), um método de controle das atividades, encontrado em instituições hospitalares para garantir ritmo e regularidade nas tarefas assistenciais que prolongam a vida, principalmente para os assalariados. Entretanto, além do horário, o controle das atividades visa também garantir a qualidade do tempo gasto, na tentativa incessante de constituir um tempo integralmente útil. Isso se justifica pelo fato de o tempo ser pago e, durante todo o transcurso do tempo de trabalho, o corpo deve, então, estar aplicado a seu exercício, caracterizando assim, o tempo disciplinar como princípio da não ociosidade, pois “é proibido perder um tempo que é contado por Deus e pago pelos homens – erro moral e desonestidade econômica” (FOUCAULT, 2014; p. 151). No entanto, o rigor do horário de trabalho para garantir a utilidade do tempo pago para o profissional, via de regra, não se aplica a todos os profissionais que atuam no cenário deste estudo especificamente, como explicita a fala abaixo:

De um modo geral é tranquilo né {a relação profissional}, **eu sou uma pessoa muito tranquila**, [...] LOGICAMENTE tem alguns médicos que são mais difíceis da gente é, se relacionar, principalmente no plantão noturno, depois que eles vão se recolher, a gente vai chamar. Então é DIFÍCIL, alguns fingem que não estão nem escutando e a gente fica ali na porta chamando, [...] **porque**

o meu plantonista, ou ele tá FINGINDO ou não tá me escutando realmente né, [...]. (E11)

O primeiro trecho da fala de E11 revela de maneira sutil que a relação médico-enfermeiro é tranquila pelo fato de ele, o entrevistado, ser uma pessoa muito tranquila, subentendendo que a boa relação profissional depende do seu jeito de ser, deixando como não dito, de forma generalizada que as relações com os médicos são instáveis. O advérbio ‘logicamente’ utilizado inclusive de maneira enfática, demonstra que a danosa relação entre médicos e enfermeiros é óbvia, contradizendo que as relações são, de modo geral ‘tranquilas’.

Para Chavaglia *et al.*, (2011), os períodos de descanso e afastamento das atividades de assistência, mesmo que por curto espaço de tempo, constituem-se em estratégias eficazes para aliviar a tensão acarretada pelo estado de alerta permanente que esses funcionários enfrentam durante seu turno de trabalho. Porém, uma dificuldade para que se mantenha uma boa relação entre as categorias profissionais foi posta no momento em que o enfermeiro cita o descanso médico no plantão noturno.

Assim como exposto por Silva (2006), fica evidente que a relação profissional deste enfermeiro com a equipe médica durante os plantões noturnos o impele a uma condição de inferioridade ao ser submetido a ficar na porta do descanso chamando pelo médico, em uma circunstância de pedinte, exposto a implorar assistência para o paciente internado. No entanto, trata-se de horário de trabalho, contrariando o que foi declarado por Foucault (2014) sobre garantir o controle das atividades e do tempo integralmente útil pelo fato de estar sendo pago. Neste momento, percebe-se resistência médica aos mecanismos disciplinares ao não se submeter a algumas demandas do serviço.

[...] porque eu acho assim, como **a gente {da enfermagem} tem o nosso horário de descanso**, a gente divide. Então quando um tá descansando, os outros dois enfermeiros tão lá dentro {do CTI}. Eu acho que eles deveriam fazer também esse rodizio pro CTI não ficar ABANDONADO assim né. [...] não são todos né, alguns. Outros não, outros ficam lá dentro! **Alguns, já aconteceu de ter plantão também aqui dos três ficarem a noite inteira lá dentro**, sabe, são alguns, não são todos! (E11)

No segundo trecho da fala de E11, fica posto que a equipe de enfermagem tem rotina pré-definida de horário de trabalho e descanso, evidenciando mais uma vez que, a equipe médica não atua da mesma forma, ostentando uma condição superlativa ao não possuir horário de descanso definido e ao não se manter no setor como os demais profissionais durante grande parte do tempo no período noturno, em uma situação desigual aos demais. No discurso, o

enfermeiro expõe que é comum e correto garantir a presença do enfermeiro alerta no CTI durante todo o plantão noturno, de 12 horas, porém, a permanência ativa da equipe médica no setor durante uma ‘noite inteira’ é algo digno de notoriedade por ser incomum. Fato parecido foi identificado no estudo de Silva (2006), no qual os enfermeiros demonstraram grande descontentamento sobre o fato de ter que ir acordar médicos durante os plantões.

De acordo com a publicação sobre os cuidados de saúde nos Estados Unidos, os médicos parecem não entender o papel e o escopo da prática dos enfermeiros, atribuindo a eles responsabilidades que não lhes competem e atividades que não compõem suas práticas, ocasionando um certo distanciamento entre eles (LANCASTER *et al.*, 2015). As equipes médica e de enfermagem deveriam trabalhar unidas e emparelhadas, em prol do paciente, no entanto, percebe-se uma equipe de enfermagem exposta, muitas vezes a ocupar-se com atividades em função da equipe médica, como demonstra o trecho abaixo:

[...] essa ideia que eles {médicos} têm / visão da gente assim, da gente tem que tá sempre ali pra tudo, **pra tá servindo eles pra tudo**, pra tá / se a gente permitisse até preencher as coisas a gente preencheria e eles só carimbavam, assinava e pronto. (E11)

O discurso acima relaciona a indisciplina médica à frágil identidade do enfermeiro em uma associação que privilegia o corpo clínico e reprime a equipe de enfermagem. Como dito pelo enfermeiro entrevistado ‘se a gente permitisse’, aponta uma possibilidade de resistência do enfermeiro à condição de submissão muitas vezes impostas a eles por alguns médicos. Contudo cabe ao sujeito aceitar ou negar este encargo, e historicamente, o que se percebe é uma aceitação compulsória de enfermeiros que permite um comportamento dissoluto de alguns médicos durante o serviço como já mencionado na categoria anterior: identidade.

O trecho abaixo, traz explicitamente as consequências geradas ao paciente pela dificuldade de acesso a alguns médicos durante o plantão noturno. Os desdobramentos efetivos pela dificuldade de alguns profissionais em se adequar a simples e importantes regras, pode provocar danos indesejáveis e muitas das vezes irreparáveis ao paciente. Ressalta-se que o enfermeiro entrevistado citou um caso ocorrido na instituição de saúde que trabalhava anteriormente à sua admissão no serviço atual, cenário do estudo, não se tratando, portanto, de um fato acontecido no local da pesquisa.

[...] é::: aconteceu um fato num outro serviço que eu já trabalhei, de paciente estar distendendo o abdômen, distendendo o abdômen, e eu fui lá 2 horas da manhã / -Fulano, paciente tá hipotenso, **tá branco já**, tá distendendo o

abdômen/ -Ah não ... dá uma Lactulona para ele lá, depois eu vou lá tá tá tá tá tá...resultado? **2 horas depois o paciente tava no necrotério, porque era 2 horas da manhã e ele NÃO QUERIA levantar pra ver o paciente.** [...] muitas vezes o enfermeiro não sabe o que o paciente tá apresentando, EXATAMENTE, não sabe dar o diagnóstico, mesmo porque essa não é a nossa função, né. Mas as vezes, a gente vai lá e - Oh fulano paciente tá estranho, os dados vitais tão alterados/ -Ah tá, daqui a pouco eu vou lá e **não da importância pro que você fala** [...]. (E2)

Nesse discurso, percebemos o tema da morte silenciado e, como não dito, evidencia-se a possível negligência médica por não ter atendido ao chamado do enfermeiro. Nota-se que o plantonista não facultou credibilidade ao que foi mencionado pelo enfermeiro sobre o estado clínico do paciente e neste sentido, faz-se pertinente algumas considerações sobre o vocabulário básico utilizado por um profissional de saúde ao referir as condições hemodinâmicas do paciente ao médico. O termo “*tá branco*” refere-se ao fato de o paciente estar hipocorado. Outro termo como “*paciente tá estranho*” não qualifica o nível de alteração e não direciona a anormalidade percebida. Além de utilizar um vocabulário básico, levar para o médico a informação de que os dados vitais “estão alterados” não é suficiente para mensurar a gravidade da alteração, ou seja, se estão alterados para mais ou para menos. Esta análise não desresponsabiliza o médico de avaliar o paciente, mas é uma oportunidade importante de demonstrar e enfatizar que a maneira com que se fala e o que se fala pode gerar ou não credibilidade ao profissional. A qualidade do discurso é uma oportunidade de conquistar poder, já que a relação é de poder versus saber.

Confirmando o exposto, enquanto os médicos tendem a avaliar condições dos pacientes com base em valores objetivos, como sinais vitais e resultados de exames laboratoriais, os enfermeiros tendem a utilizar mais de suas intuições e observações pouco técnicas e científicas para comunicar alterações clínicas. Em seus estudos, os autores observaram que os médicos decidiram avaliar os pacientes mais prontamente quando os enfermeiros relataram evidência factual de deterioração, como sinais vitais, em vez de sua genérica observação de pacientes (STEIN-PARBURY; LIASCHENKO, 2007; WELLER; BARROWE; GASQUIONE, 2011).

Um estudo de Rosenstein (2002) sobre as percepções de 720 enfermeiros e 173 médicos de 84 hospitais do norte da Califórnia destacou que as enfermeiras muitas vezes falharam ao reunir as informações relevantes do paciente antes de chamar os médicos. Essa comunicação pouco clara fez com que os médicos reagissem rudemente, afetando significativamente as futuras atitudes dos enfermeiros para o cuidado do paciente.

Com relação à organização dos recursos humanos no serviço, durante a coleta de dados, identificou-se que os enfermeiros cumprem jornada de 180 horas mensais, distribuídas ou em períodos de 06 horas diárias, de segunda a sexta-feira, com dois plantões de final de semana para enfermeiros que atuam no plantão diurno, ou em regime de plantão com escala 12x60 horas, cumprindo também dois plantões de final de semana para enfermeiros do horário noturno. Entretanto, a equipe médica, além de não dispor de regime fixo de plantão, com carga horária definida, também não possui escala fixa de trabalho, com demanda obrigatória de comparecimento com intervalos regularmente definidos.

Isto posto, observou-se ainda que não há documentação formal de disposição dos profissionais médicos escalados no setor disponível para rápida identificação do médico de plantão se necessário. Em contrapartida, a escala da equipe de enfermagem se encontra afixada em quadro de aviso público, de fácil visualização a todas as pessoas que circulam nas UTI's, possibilitando a imediata identificação dos profissionais da enfermagem, bem como sua localização no setor. Essa constatação, novamente evidencia uma maior disciplinarização da equipe de enfermagem em detrimento da equipe médica (NOTA DE CAMPO, 2017).

Visualizado, por muitas vezes, o enfermeiro tentando descobrir quem era o médico que estaria de plantão para que pudesse repassar a ele uma demanda de pacientes instáveis ou demandas burocráticas e administrativas que interferiam na assistência do paciente. Por não ter acesso a qual médico seria seu par naquele plantão, o enfermeiro recorria sempre ao primeiro médico que se deparava no setor, entretanto, ocorreu de ouvir negativas por não se tratar do médico responsável pelos mesmos dez leitos da sua responsabilidade. Durante a observação foi comum ver enfermeiros solicitando assistência médica para os pacientes, como se o enfermeiro fosse a garantia, o elo que garantisse atendimento médico ao paciente internado em um Centro de Terapia Intensiva, que teoricamente, admite pacientes graves que demandam cuidado e atenção ininterruptos de todos (NOTA DE CAMPO, 2017). A fala abaixo expressa a angústia do enfermeiro com relação a esse impasse vivenciado no serviço com alguns profissionais, na tentativa de solucionar a demanda do paciente que passa ser sua.

[...] A gente não tá aqui por um, por dez, por né, no caso aqui trinta! A gente tá por todos, mas assim, tem uma interferência assim, sabe? Essa relação, esse conflito assim, entre os profissionais, infelizmente né, causa esse problema pro paciente assim. (E10)

No entanto, apesar de os serviços de terapia intensiva serem unidades que demandem equipamentos de alta complexidade e uma equipe multiprofissional qualificada (NOGUEIRA

et al., 2012) para garantir um cuidado ininterrupto ao paciente como recomenda a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 7 de 2010, a fala abaixo corrobora o exposto com relação a dificuldade de o enfermeiro ter acesso ao médico para os pacientes em determinadas situações.

É, oh, [...] aqui eu encontrei um pouco de /no início, né, um pouco de dificuldade, [...]. Então, é:::, **infelizmente ainda existe muito essa questão de ego, entre os próprios profissionais {médicos}** assim, é::: -Ah o paciente é da cardiologia, então o intensivista, ele se sente menos importante, sabe? Então aqui ainda existe muito –Ah, mas fulano é o dono do paciente! Então [...] a gente é, percebe que existe, uma briga de ego, até entre os próprios {médicos}. [...]. (E7)

O trecho acima mostra um jogo de desresponsabilização do paciente pela equipe médica em alguns casos, principalmente quando é solicitado interconsulta para alguma especialidade médica que foge e ultrapassa os limites da Terapia Intensiva. Ficou dito sobre a vaidade que permeia a medicina e suas próprias especialidades, deixando o orgulho superar a necessidade do paciente e expondo o enfermeiro novamente à condição paradoxal de garantir ao paciente internado em um setor fechado o acesso ao atendimento médico.

Associado à questão das escalas de trabalho, outro ponto observado é que os enfermeiros usam obrigatoriamente crachá de identificação com nome, cargo e fotografia do rosto, registram o seu ponto por biometria no horário de sua chegada, saída e também se houver intervalos para descanso (NOTA DE CAMPO, 2017). Contudo, a equipe médica, além de não ter nenhum tipo de identificação visível, não registram sua jornada de trabalho, tendo método próprio para controle de presença, sob o argumento de serem representados por um Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).

O vínculo de trabalho dos médicos na instituição difere sobremaneira do contrato trabalhista e regime celetista dos enfermeiros regido pela Consolidação das Leis do Trabalho. A divergência na natureza dos vínculos das duas categorias, neste caso, atua como ofensor na inserção e adesão dos médicos às normas institucionais e protocolos setoriais por ser um dificultador da performance disciplinar.

Segundo Foucault (2014), com relação ao corpo-objeto, a disciplina define as relações que o corpo deve manter com o objeto que manipula, estabelecendo dessa maneira, uma cuidadosa engrenagem entre um e outro. Neste caso, a engrenagem seria entre os profissionais da equipe assistencial (médico e enfermeiro), as demandas dos pacientes críticos internados, as rotinas/normas para execução de procedimentos que visem a terapêutica segura e, por fim, as práticas de saúde estabelecidas e consolidadas por ambos.

Contudo, a subjetivação dos sujeitos, a localização e identidade dos corpos, interferem e manipulam a dinâmica dessa engrenagem, manobrando os instrumentos disciplinares em decorrência do elo e do vínculo empregatício que os conectam ao serviço. A natureza do acordo trabalhista e a metodologia de trabalho, neste caso, atuam como determinante do sólido compromisso do profissional enfermeiro com o serviço e suas atribuições, como aponta o discurso:

[...] o enfermeiro, por ele CONHECER e por **ele ser um colaborador da instituição com uma carteira assinada, ele acata melhor as normas**, ele respeita, ele conhece as::: as regras institucionais e a equipe médica, por ser um profissional, que né / é uma empresa, vamos dizer assim [...], ele não está aqui todos os dias, [...] ele não conhece totalmente as rotinas, então por isso, ele não cumpre da maneira adequada. (E1)

Percebe-se que o enfermeiro associa a não adesão médica às normas institucionais ao regime de trabalho estabelecido entre o serviço e a equipe médica, que é divergente do vínculo empregatício da equipe de enfermagem. Posteriormente, também atribui a não adesão médica às normas ao desconhecimento das mesmas por eles. Isso leva à reflexão de que o esforço para capacitação dos profissionais também esteja relacionado à conformação do vínculo empregatício. Com relação ao desconhecimento da equipe médica quanto às normas, o trecho abaixo clarifica que de fato, há fragilidade no processo de orientação do corpo clínico.

Ah, eu acho que nessa questão tem muito desconhecimento das normas mesmo, né, é::: quais são as normas que devem ser seguidas, mais eu acho que::: que é dentro do padrão que é estabelecido. (M7)

Apesar do médico considerar que exista desconhecimento das normas, ele acredita que se posiciona diante delas de maneira satisfatória, dentro de um padrão que é estabelecido. Ou seja, pode-se inferir que o padrão estabelecido não exija conhecimento das normas e um preciso cumprimento de rotinas. Neste momento desponta a possibilidade de oposição à disciplina pela própria liderança médica, em um fluxo que não há submissão àquilo que se desconhece. Desconhecer normas e não proferir a elas a real importância, pode ser compreendido neste momento, como mecanismo e estratégia de resistência à disciplina.

Na revisão integrativa de Paradis *et al.*, (2015), uma pesquisa realizada no Reino Unido sobre segurança do paciente confirma que em relação aos médicos, as enfermeiras apresentam melhor resultado aderirem os protocolos objetivando conduzir uma maior segurança ao paciente internado. De acordo com o estudo, a não adesão aos protocolos institucionais pode realmente aumentar a probabilidade de erro.

De acordo com a Portaria nº 466 de 04 de junho de 1998, que estabelece o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo, toda UTI deve estabelecer, por escrito, um manual de rotinas e de procedimentos, assinado pelo Responsável Técnico (RT) e pela Chefia de Enfermagem, elaborado em conjunto com os setores afins do hospital (SCIH, Farmácia, Serviço de Manutenção, dentre outros). As regulamentações e as normas impostas pelo poder configuram a lei de construção da operação, implementando assim, o poder disciplinar que engendra uma função de justaposição aos interesses e de aliança opressora com o aparelho de produção (FOUCAULT, 2014) como externa o médico em sua fala:

[...] Acho que **o enfermeiro talvez respeite MAIS as normas né**, mas eu vejo, no nosso caso médico, até **porque a gente não tem vínculo NENHUM com a instituição né** [...] a gente, ... a gente tem vários deveres né, na instituição [...] mas a gente não tem nenhum direito. Então, acho que as vezes também em relação a algumas normas, talvez a pessoa não se sinta TÃO é... submissa né, as essas normas, a seguir essas normas, porque realmente a gente não tem vínculo NENHUM. (M3)

O médico manifesta que o tipo de vínculo de emprego com a instituição, interfere sobremaneira no seu desejo e no seu compromisso de adesão às normas. Direitos e deveres foram citados como oponentes e complementares, levando a um raciocínio de que se não há nenhum direito associado, não há necessariamente o dever de se submeter ao que é estabelecido pelo serviço. Neste caso, o direito é equivocadamente subentendido como benefício e o dever como o ônus a ser vivenciado para se obter o provento. Para o enfermeiro, aderir normas e regras não é uma opção, é um dever para que se mantenha a oportunidade do emprego.

[...] a equipe de enfermagem no geral, ela respeita MAIS ... as normas, ela é mais cuidadosa, com o cumprimento de rotina, do que o médico. Porque [...] **a gente tem um / é chamado na responsabilidade de uma forma diferente.** (E4)

O fragmento “chamado na responsabilidade de forma diferente” anuncia a diferenciação de condutas hierárquicas e disciplinares entre médicos e enfermeiros, atribuindo ao enfermeiro um caráter punitivo caso suas atividades não sejam executadas conforme o esperado. O enfermeiro, dessa maneira, se submete ao poder disciplinar na intenção de evitar qualquer penalidade que prejudique a manutenção do seu emprego, da sua fonte de renda. O médico sobressai como intocável, delegando ao enfermeiro, inclusive, a função de garantir que o médico execute os procedimentos dentro do que é preconizado.

Há neste momento uma inversão de valores, no qual é atribuído ao enfermeiro a responsabilidade pela qualidade e segurança de um procedimento que não lhe compete executar ativamente. Ao enfermeiro, é atribuído a responsabilidade sobre o outro, sendo este outro supremo e avesso a se submeter a normas e deveres (AMORIM; FREDERICO, 2008). Trata-se de uma posição perversa, no qual o enfermeiro está encarregado de assegurar que o médico atue dentro que é regulamentado.

É ... {risos} ... **o enfermeiro sempre tem que tá cobrando do médico pra seguir as normas, né.** Eles não se importam muito com isso [...]. Principalmente, a maioria das empresas, eles são TERCEIRIZADOS né, então isso também acaba dificultando um pouco, e as vezes o enfermeiro se sente um pouco SECRETÁRIO DO MÉDICO, tendo que ficar fazendo essas cobranças. (E3)

A fala acima transmite a sensação que o médico é desresponsabilizado de seguir normas, estando o enfermeiro incumbido de assegurar que a norma seja praticada. O riso no início da frase representa deboche à situação, sinaliza uma revolta velada pela condição do enfermeiro. Esta relação reproduz uma distorção no mecanismo disciplinar convencional, pois o desrespeito à norma passou a ser responsabilidade do enfermeiro que não a cobrou e não do médico que não a executou. Porém, observa-se um implacável mecanismo de poder disciplinar sobre o enfermeiro imposto pelo próprio serviço de saúde ao pretender aliviar a tensão médica sobre suas responsabilidades como estratégia de retê-lo, já que se trata de uma importante figura social e profissional, que possui vasta possibilidade de recolocação no mercado de trabalho e múltiplos vínculos empregatícios.

Para Foucault (2014), o corpo como alvo dos novos mecanismos de poder disciplinar, prontifica-se a novas formas de saber e, assim, converte-se em um corpo submetido ao treinamento útil desvinculando-se muitas vezes da mecânica racional. Entretanto, cabe ressaltar que este corpo, que requer que seja dócil nos mínimos detalhes da operação, pode transgredir, se opor e desvelar suas próprias condições de funcionamento. Em Vigiar e Punir, Foucault (2014) cita um Regulamento do ano de 1.743 para a Infantaria Prussiana, que diz ser “um dos erros principais mostrar a um soldado todos os exercícios ao mesmo tempo”, ou seja, é necessário decompor o tempo em sequências, separadas e ajustadas para que se obtenha o melhor resultado possível de um processo de trabalho.

Ainda sobre segmentar o tempo, Foucault (2014) traz que fixar-lhe um prazo limitado por uma prova ou um teste, possui a tríplice função de indicar se o indivíduo alcançou o nível estatutário que determina seu nível hierárquico, de sinalizar se a aprendizagem está em

conformidade com o esperado e com os demais na mesma situação e acima de tudo, diferenciar as capacidades de cada indivíduo. Nesse contexto de hierarquização pelo conhecimento, prescreve-se a cada um, de acordo com o seu nível, seu posto e cargo, as funções que lhe competem, estratificando profissionais que possuem um papel diferenciador diante do processo de trabalho mesmo que este possua um único objetivo.

[...] aqui a gente tem uma hierarquia. Quando os residentes novatos entram, eles {os médicos} mesmo falam assim: -Oh quem faz remanejamento, quem define tudo são eles {enfermeiros}, é eles que tem essa orientação! Então eles {residentes} aceitam, eles não criticam o nosso serviço aqui dentro, eles sempre apoiam a gente em tudo. (E8)

A fala de E8 propõe uma hierarquia estratificada pelo conhecimento, de enfermeiros sobre os residentes “novatos”, sendo este conhecimento entendido como a consciência das normas, das rotinas internas, a compreensão do espaço e percepção das pessoas pelo tempo em que o enfermeiro se encontra no serviço, estando por isso, mais ambientado e adaptado ao contexto. Assim, os enfermeiros alcançam respeito e visibilidade, garantindo neste momento que sejam respeitados e não sejam criticados.

Nesse sentido, Hunter *et al.*, (2008) observaram certa aversão dos enfermeiros australianos quando os médicos residentes iniciaram suas atividades na UTI. Nem todos estes novos médicos têm níveis de habilidade semelhantes, poucos deles confiam na experiência dos enfermeiros, e nenhum deles é visto pela enfermagem como devidamente qualificado para atuar na terapia intensiva.

[...] **porque o médico, ele as vezes quer tudo prá agora e é TUDO ao mesmo tempo.** E hoje, [...] nós temos vários residentes para um médico [...] e o enfermeiro não tem ninguém. Então **o plantonista delega as atividades para os residentes**, e [...] é um enfermeiro, então / aí o enfermeiro tem que bater o pé e falar assim, o que que é prioridade? (E1)

Este segundo trecho traz a subversão do corpo clínico às normas ao planejar a assistência dos pacientes por não considerar o entorno, a equipe e sua estrutura, compondo assim, uma movimentação alienada dos demais, desprovida de união e participação interdisciplinar. Nesta fala, como em tantas outras, identifica-se o não reconhecimento do residente como profissional médico pelo enfermeiro, bem como a possibilidade de resistência e posicionamento firme do enfermeiro quando diante de um residente e não de um médico. Subentende-se que, uma vez que, o residente é um médico em formação, não possui uma bagagem admirável de

conhecimento, não requer, portanto, a devida consideração e respeito por parte da equipe de enfermagem.

Conforme Jorge Neto (2013), durante a graduação, o estudante de Medicina tem dois anos para se adaptar às exigências de dedicação teórica ao curso, e no terceiro ano, ao iniciar suas atividades hospitalares, ele principia a construção da sua identidade profissional. O primeiro contato com a clínica médica em ato é um dos momentos mais críticos do curso, pois, o estudante se aproxima da prática e teme não conseguir realizá-la, tendo o sentimento de não conseguir servir ao paciente e atender a expectativa dos demais profissionais de saúde que o circundam e o observam.

A constante e perpétua subjetivação do sujeito é o que impera nas relações profissionais estabelecidas, não estando, o conflito vinculado somente e diretamente à categoria profissional, e sim ao indivíduo, ao ser, ao homem que a exerce e a fatores externos que otimizam ou dificultam o poder disciplinar. Segundo Chavaglia *et al.*, (2011), as UTI's são lugares que geram situações de tensão e estresse, motivados pela frequente oscilação entre sucesso e fracasso e pelas exigências impostas à equipe, como ilustra a fala de um enfermeiro ao ser questionado como era a relação entre médico e enfermeiro no serviço:

... Às vezes são um pouco estressantes, né, é, **DEPENDE do plantonista, depende do plantão**, [...]. Então assim, a relação no dia a dia de trabalho depende é:::, da gravidade dos pacientes, lá dentro (E10).

Confirmando o exposto pelo discurso de acima, quanto as questões referentes as melhorias das relações de trabalho, 70% dos entrevistados do estudo de Machado (2015) responderam que o fator mais importante a ser melhorado seria as relações interpessoais com os médicos. Em sua revisão integrativa, Tang *et al.*, (2013) identificaram o contexto ambiente da terapia intensiva de fato afetam a colaboração médico-enfermeiro.

Sob a perspectiva Foucaultiana, percebe-se o corpo de médicos e enfermeiros como uma máquina multissegmentar e, no processo de justaposição, ao ocupar lugares distintos no mesmo ambiente, atuam como peças combinadas em que uns devem se ajustar ao tempo dos outros de maneira que se possa extrair a máxima quantidade de forças de cada um e combiná-las em um excelente resultado (FOUCAULT, 2014).

Em um serviço de saúde como o CTI, o excelente resultado esperado é o sucesso na recuperação do paciente em estado crítico na busca pela estabilidade hemodinâmica. Contudo, este estudo aponta a falta de comunicação entre médicos e enfermeiros como a principal causa

de um trabalho desarticulado e desafinado entre as duas categorias profissionais, o que pode, de certa maneira, trazer prejuízos assistenciais ao paciente.

Exemplifique como é a relação entre médicos e enfermeiros no CTI, no dia a dia de trabalho (P).

... Por exemplo, **o profissional {médico} não comunica a equipe** [...]. Então as vezes pode faltar material, porque vai só a equipe médica prá esse procedimento e aí acaba lesando o paciente, porque ocasiona demora... Um procedimento que as vezes seria mais rápido, ele demora mais porque faltou material [...], porque a equipe de enfermagem não foi comunicada. Uma intubação, que foi um caso que aconteceu, que o profissional enfermeiro não estava ciente e faltou um laringo na hora da intubação. Então::: o paciente foi lesado, [...] ... Paciente também que não é comunicado que vai fazer um exame, [...], aí o paciente não fica em jejum, [...] então ocasiona também uma demora a mais. (E9)

Este trecho mostra o enfermeiro como viabilizador do trabalho médico na garantia de uma assistência segura e de qualidade para o paciente que se encontra totalmente vulnerável e confiado aos cuidados de uma equipe de saúde. A não comunicação descaracteriza o trabalho em equipe, não agrega valor aos demais profissionais, os impossibilita de atuar e reduz a potencialidade de sucesso do procedimento invasivo. Cada profissional com sua competência técnica e legal, entretanto, não menos importantes, são imprescindíveis para que a engrenagem funcione adequadamente. Novamente fica posto que o enfermeiro, apesar de não ser o executor dos procedimentos invasivos admiráveis que salvam vidas, é o profissional que domina a viabilização da execução para que o ato transcorra sem percalços.

Segundo Martins e Robazzi (2009), quando não se planeja o cuidado, situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes de materiais, de instrumentos, das máquinas e também dos próprios trabalhadores. O exemplo citado, de uma intubação orotraqueal sem laringoscópio, traduz claramente que não basta ter junto ao paciente o profissional apto tecnicamente a introduzir um tubo para ventilação artificial na traquéia, mas faz-se necessário todo um preparo prévio ao procedimento que se encontra descrito, em alguma norma padronizada de conhecimento, muitas vezes, apenas do enfermeiro.

Wikström e Sätterlund (2003) relatam que no contexto da terapia intensiva o trabalho em equipe é imprescindível. Entretanto, esses autores identificaram em seu estudo realizado suíça que como a maioria dos procedimentos invasivos se tornam rotineiros, os médicos passam a acreditar que não é necessário acompanhamento e nem mesmo comunicação a outros

profissionais, de modo que tudo pareça quase sem esforço. O estudo de Hughes e Fitzpatrick (2010) corrobora que os médicos geralmente estão satisfeitos em praticar suas atividades independentemente, sem muita assistência de enfermeiras.

Todo trabalho articulado onde há combinação de forças exige um sistema preciso de comando, e dessa forma, o imperativo não é somente compreender a obrigação, mas perceber o sinal, reagir logo a ele, de acordo com um código estabelecido previamente. A disciplina confere uma individualidade dotada de quatro características nos corpos que controla: celular, orgânica, genética e combinatória e para organizar essas forças, arquiteta táticas. A tática como prática disciplinar é a habilidade de construir com os corpos, atividades codificadas e aptidões formadas, dispositivos a partir das diferentes forças calculadamente combinadas (FOUCAULT, 2014). Ao questionar os médicos o que eles realmente consideravam importante na relação com os enfermeiros, alguns também apontaram a comunicação como algo frágil.

Eu acho que existe um problema de comunicação, principalmente, que as vezes a gente muda alguma conduta e não / esquece de passar prá enfermagem e vice-versa, [...]. A relação, ela deveria ser melhorada nessa parte aí de comunicação pelo paciente, né prá todo mundo atuar na mesma linha de raciocínio. Eu acho que, isso é o principal e eu acho que isso falta, [...]. (M1)

[...] **eu acho que falta muito essa consciência de parceria sabe**, as vezes assim, na hora de tomar / até mesmo, algumas decisões né, de discutir os casos mesmo, as vezes a gente discute muito caso ENTRE os médicos né, mas não discute realmente com o enfermeiro, né. (M3)

As falas acima mostram a necessidade de uma comunicação mais efetiva para a concretização de um trabalho em equipe alinhado, atribuindo o mesmo nível de importância a todos que compõem a equipe assistencial, independentemente de serem médicos ou enfermeiros. Porém, na relação de poder não há simetria de forças, pois, se houver, a relação de poder deixa de existir, se anula.

A relação de poder é a representação da busca pela supremacia pelo saber, é um espaço de demonstração de forças, é uma luta para se posicionar na estrutura social (FOUCAULT, 1979), logo, a isonomia de posições na relação de poder é incompatível com o referencial Foucauldiano. No entanto, o fato dos médicos optarem, via de regra, em discutir casos e definir condutas apenas entre eles, pode ser reflexo do impasse identitário do enfermeiro vinculado ao poder delegado pela própria enfermagem ao médico ao concebê-lo como o principal responsável em determinar as condutas assistenciais, confirmado pela fala abaixo:

[...] a comunicação médico e enfermeiro não é muito efetiva, as vezes o médico faz as coisas por contra própria né, **ele que tem que tomar a decisão**, mas assim, não comunica pro enfermeiro [...]. (E4)

Embora a falha de comunicação possa ser compreendida como estratégia de resistência ao trabalho em equipe, percebe-se como não dito nesse discurso que este enfermeiro assume a confortável posição de ser apenas informado pela equipe médica do que deve ser feito, atestando sua passividade e a pouca contribuição que seu conhecimento pode oferecer na terapêutica do paciente.

Segundo Petri (2010), a comunicação efetiva, além de ser essencial para a construção de uma relação amistosa entre médicos e enfermeiros, assegura que o atendimento ao paciente seja realizado adequadamente (SIROTA, 2007). No entanto, confirmando os dados encontrados por esta pesquisa, quatro estudos também identificaram que a comunicação entre ambas as categorias profissionais tende a ser pouco clara e imprecisa (MCCAFFREY *et al.*, 2010; ROBINSON *et al.*, 2010; WELLER; BARROWE; GASQUIONE, 2011).

Apesar do foco deste estudo ser as relações no ambiente da terapia intensiva, cabe ressaltar que, a comunicação entre médicos e enfermeiros é mais problemática em salas cirúrgicas do que nas UTI's (TANG *et al.*, 2013; LANCASTER *et al.*, 2015).

A colaboração entre médicos e enfermeiros demonstram melhores resultados assistenciais no que diz respeito à qualidade dos cuidados com o paciente (VEGESNA, *et al.*, 2016). Embora seja comprovado que uma boa interação entre médico e enfermeiro favorece a terapêutica do paciente, Bujak e Bartholomew (2011) afirmam que atualmente os dois profissionais mais importantes responsáveis pelo cuidado do paciente - a enfermeira e o médico - muitas vezes nunca falam com um ao outro, e quando o fazem, o intercâmbio é muitas vezes disfuncional.

A disciplina é considerada como a arte do bom adestramento desde o início do século XVII, pelo fato de o poder disciplinar ter como função principal adestrar os corpos para retirar e se apropriar ainda mais deles. Este poder busca enredar as forças para multiplicá-las e utilizá-las num todo. Isto posto, pode-se alegar que a disciplina fabrica indivíduos por ser uma ferramenta específica de um poder que faz dos indivíduos ao mesmo tempo objeto e instrumento de sua própria prática. Não se trata, portanto, de um poder triunfante e excessivo, mas sim de um poder modesto, desconfiado, calculado e permanente (FOUCAULT, 2014), como demonstra as falas abaixo, de enfermeiro e médico, explicitando que, via de regra, as normas são sim respeitadas.

Na grande maioria as normas institucionais são SIM respeitadas, é, voltando a dizer tem aquelas EXCEÇÕES tanto de enfermeiros quanto de médicos, que a gente observa que ocorre falha [...], mas esses são mais exceções, do que via de regra. (E9)

... Eu acho que ambos ... eu acho que se posicionam bem sim diante dessas normas, diante desses protocolos. Eu acho que a gente consegue fazer isso de uma forma eficaz aqui no CTI, eu acho que isso a gente faz bem. (M1)

Nesse sentido, o sucesso do poder disciplinar se deve ao uso de três instrumentos simples: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame. Sobre a vigilância hierárquica, podemos dizer que se revela como um dispositivo vinculado ao jogo do olhar, onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder que tornam os efeitos da coerção claramente visíveis sobre quem se aplica. Contíguo à tecnologia dos óculos e das lentes, pequenas técnicas de vigilâncias profusas e entrecruzadas, de olhares que devem ver sem ser vistos, surge uma arte obscura da luz e do visível que preparou em surdina um saber novo sobre o homem, por meio de recursos para sujeitá-lo e processos para utilizá-lo (FOUCAULT, 2014).

No modelo estrutural dos hospitais temos a possibilidade da vigilância hierárquica como prerrogativa arquitetônica que permite um controle interior, articulado e detalhado, tornando visíveis aqueles que se encontram no ambiente, demonstrando que, as pedras e os muros passam a ser dispensáveis para o encarceramento (FOUCAULT, 2014). Destarte, a transparência passa ser estratégia de domínio e clausura. É verdade que a organização dos hospitais tomou este formato visando otimizar a observação dos doentes e permitir uma melhor coordenação do cuidado, deixando assim, de ser apenas um teto de abrigo à miséria e passando a ser um operador terapêutico. Mas, segundo Foucault (2014), ao passo que o hospital passa a ser um operador terapêutico, passa também a ser um local da disciplina médica promovendo a visibilidade dos profissionais assistenciais tanto pela hierarquia, quanto pelos pares e também pelos usuários. Desse modo, o hospital passa a ser vitrine, no qual todos os presentes se encontram expostos, em proporções diferentes de exposição, visibilidade e reconhecimento, mas de fato, sendo meticulosamente observados e controlados pelo sistema.

O controle deve ser realizado por fiscais, e à medida que o aparelho de produção se torna mais importante e mais complexo pelo número de profissionais e divisão do trabalho por área, as tarefas de fiscalização se fazem mais necessárias aumentando assim o desfaio desse controle (FOUCAULT, 2014). Assim, a vigília se torna um ofício definido como parte integrante do processo de produção, perpassando em toda sua extensão, exigindo presença constante de profissionais especializados no contexto a ser observado.

Aos enfermeiros, foi facultada a incumbência de acompanhar determinados procedimentos médicos na tentativa de assegurar o cumprimento de normas padronizadas, indicando uma complicada busca pela disciplinarização médica. Conseqüentemente, esta prática revela e comprova que o poder é capilar, não estando somente no topo da estrutura hierárquica e sim em toda sua rede, outorgando, de certa maneira, poder ao enfermeiro.

[...], **o médico as vezes quer fazer um procedimento e não quer seguir o protocolo, o enfermeiro tem que impor, né, tem que saber impor e COBRAR** deles, que siga o protocolo que é instituído pela instituição, né! ... Alguns se posicionam muito bem, diante dos protocolos, outros, é::: fingem que segue, mas não segue protocolo. O enfermeiro tem que tá assim, sempre atento em relação a isso para se POSICIONAR, né. (E4)

O método de trabalho que sugere o enfermeiro monitorando o médico no intuito de enquadrá-los aos padrões estabelecidos das normas institucionais, favorece o conflito e o desgaste, ao passo que desfavorece uma aproximação e uma relação cordial entre eles (SILVA, 2006). Partindo do princípio que cada categoria profissional possui liderança nos serviços de saúde, o papel de disciplinar a equipe médica é de fato do enfermeiro?

Para Foucault (2014), geralmente quem inspeciona e monitora os processos de trabalho como ofício, costuma ter um ar de superioridade e de comando, por vezes necessárias quando se vigia uma multidão. Portanto, o enfermeiro ao assumir esta atividade como função acumulada às suas demandas assistenciais, torna-se a personificação desta figura coercitiva, mesmo que não possua habilidades específicas e suficientes para tal, adquirindo de certa forma, a perspectiva da visibilidade. Como já visto que a identidade do enfermeiro é algo ainda incipiente, esta vulnerabilidade concede oportunidades prejudiciais à circularidade do poder, que podem complicar a situação do enfermeiro perante a equipe.

Então, **geralmente o enfermeiro conhece mais as normas e as CUMPRE melhor, mas também tem dificuldade de cobrar.** [...] as vezes o enfermeiro ele identifica que o médico está fazendo errado, mas ele não tem coragem de falar [...], é, anota lá no papelzinho, RECUADO, anota e pronto, [...], não adianta só você {anotar, e aí enviar um relatório}, se tiver que infectar, já contaminou o procedimento, já infectou, então é ali na hora, falar [...] e são pou-quís-si-mos os que tem CORAGEM de fazer. (E7)

A fala acima retrata a dificuldade do enfermeiro em se posicionar, em manifestar seu conhecimento da norma. É mais cômodo a omissão e submissão do que o enfrentamento, visto que a relação conflituosa gera desgaste, desmotiva e expõe o enfermeiro a uma situação constrangedora. Contudo, nota-se que o enfermeiro se coloca em uma condição, muitas vezes,

inferior à do médico, como se não tivesse o direito de intervir em seus atos mesmo que para benefício do paciente. Já que o poder está relacionado ao saber, pressupõe-se pela fala que, dominar somente o roteiro da norma não garante autonomia ao enfermeiro, faz-se necessário, portanto, compreender os fundamentos que normatizam a regra, os motivos pelos quais as rotinas são organizadas e estabelecidas.

Como dito no discurso, seguir protocolos possui um objetivo maior do que somente disciplinarizar o sujeito, acatar normas representa uma significação maior, configura a execução de uma sequência de práticas que evitam efeitos negativos para o paciente e equipe, respectivamente. Foi posto pelo enfermeiro que, a infecção pode ser uma complicação proveniente de uma técnica fora do padrão, dessa maneira, monitorar a aplicação de normas não remete somente em submeter o médico ao poder disciplinar do enfermeiro. Garantir o emprego da norma representa um sentido maior, o de afiançar uma assistência segura ao paciente. Abaixo, a fala do médico, justifica, de certa forma, o comportamento recuado do enfermeiro. O desrespeito é aviltante, degrada o sujeito enquanto profissional e ser humano, humilha e o coloca em uma condição desonrosa.

[...] é::: eu particularmente nunca tive problema assim, de conflito não, é mais já vi, algumas situações né, [...] **já vi médicos desrespeitando, é::: o enfermeiro, e as vezes acaba que o enfermeiro fica mais na dele** né. Assim o médico as vezes é grosseiro né, e não respeita MESMO. Então, as vezes passar por isso e imagino que não seja muito legal né. (M3)

Confirmando o exposto, Hawryluck *et al.*, (2002) ilustram que como os médicos frequentemente assumem o papel de líder da equipe, quando surge o conflito, frequentemente o corpo clínico responde agressivamente aos enfermeiros.

A arrogância de alguns médicos contribui ainda mais para a hostilidade no ambiente da terapia intensiva, tornando difícil estabelecer respeito nos relacionamentos (SIROTA, 2007; WELLER; BARROWE; GASQUIONE, 2011). Muitos estudos identificaram que os médicos tendem a exibir comportamentos destrutivos em relação aos enfermeiros, embora às vezes o inverso também ocorre (ROBINSON *et al.*, 2010; ROSENSTEIN, 2002; ROSENSTEIN; O'DANIEL, 2005). Em um estudo de grupo focal, enfermeiros expressaram que os médicos muitas vezes usavam palavras rudes e humilhantes, fazendo com que eles se sentissem incompetentes e intimidados, (ROBINSON *et al.*, 2010).

A veladura tornou-se um operador econômico essencial, na medida em que se apresenta como uma parte vital do processo de trabalho e uma engrenagem específica do poder

disciplinar. Pode-se dizer então que a vigilância hierárquica possibilita ao poder disciplinar converter-se a um sistema integrado, múltiplo, automático e por muitas vezes anônimo, pois se a vigilância paira sobre indivíduos, sua performance é de uma trama de relações de alto a baixo, também podendo ser de baixo para cima e lateralmente. Nesse momento os corpos atuantes se observam mutuamente estabelecendo uma rede perpétua de vigília sobre as práticas e condutas, tanto comportamentais quanto técnicas (FOUCAULT, 2014).

O espaço ocupado se configura como uma vitrine sem barreiras, mas com limites claramente definidos pelos efeitos de poder que se apoiam uns sobre os outros, engendrando um encadeamento de fiscais que também são permanentemente fiscalizados.

“O poder na vigilância hierarquizada das disciplinas não se detém como uma coisa, não se transfere como uma propriedade; funciona como uma máquina. E se é verdade que sua organização piramidal lhe dá um chefe, é o aparelho inteiro que produz poder e distribui os indivíduos nesse campo permanente e contínuo”. (FOUCAULT, 2014; p. 174).

A indiscrição do poder disciplinar se deve ao fato de o mesmo apresentar-se sempre alerta, em toda parte, uma vez que o controle é permanente e ininterrupto, não deixando nenhuma parte velada. Todavia, o poder disciplinar também expressa absoluta discrição por operar incessantemente e em grande parte em silêncio. Dessa forma, a disciplina faz funcionar um poder relacional que se autossustenta por meio de dispositivos próprios, permutando o brilho das manifestações pelo jogo interminável dos olhares calculados. Esse poder, no entanto, “é em aparência ainda menos corporal por ser mais sabiamente físico”, já que não se utiliza da força e da violência para castrar (FOUCAULT, 2014; p. 174), possibilitando movimentos de resistência como demonstra o relato abaixo de um enfermeiro.

[...] Eu estava outro dia num box, é::: trocando curativo de central, PIA, punccionaram um CDL num paciente E EU NEM FUI COMUNICADA [...] e **eu sou cobrada por isso** [...]. Dentro do PRS, fala que o enfermeiro esteja presente, é o enfermeiro quem abre o material, é o enfermeiro quem / cadê o enfermeiro que não tava lá? **Então como não era viável para ele, [...] aí ele {médico} largou a norma institucional prá lá.** (E2)

O enfermeiro cita a situação de uma punção de Cateter de Duplo Lúmen (CDL), que é utilizado para submeter o paciente à hemodiálise, entretanto, o enfermeiro não foi informado sobre o procedimento em que teoricamente, ele é o profissional que deveria acompanhar o médico para viabilizar os materiais necessários, auxiliar, garantir campo estéril e de certa forma, monitorar o transcurso da punção.

Este monitoramento incita vigília, e este desdobramento pode ser o motivo pelo qual o enfermeiro não foi acionado para estar presente durante o procedimento. A possibilidade de vigília motiva o trabalho isolado e desencoraja o trabalho em equipe quando há uma subversão do motivo da presença da figura do enfermeiro. Observa-se que o enfermeiro diz ser cobrado pelo procedimento, que é privativo do médico e, a partir do momento em que o enfermeiro surge como possível inspetor do ato, pressupõe-se uma negação do médico em se sujeitar ao poder concedido ao enfermeiro. Como não dito, percebe-se por parte da equipe médica um engajamento contrário ao trabalho em equipe como artifício de insubordinação e autoproteção, já que, apesar de ser o médico o condutor do tratamento, o enfermeiro assumiu uma posição de condutor do processo.

Em contrapartida, Lancaster *et al.*, (2015) identificou que médicos e enfermeiros consideram a sua atuação em conjunto importante para a segurança do paciente, pois eles afirmam que a comunicação é importante para evitar erros.

[...] mesmo que você **notifique prá esse médico ser advertido depois**, ou alguém chamar atenção tal, [...]. (E7)

No seu discurso, o enfermeiro legitima que além de monitorar o procedimento para garantir que esteja sendo executado dentro dos padrões de segurança para o paciente, notificação do que foi observado pode se desdobrar em punição para o médico. Logo, essa fala esclarece, de certa maneira, o motivo pelo qual alguns médicos não comunicam os enfermeiros que irão realizar procedimentos invasivos, pois, infere-se que a presença do enfermeiro possibilita macular a imagem médica.

Além da vigilância hierárquica, a sanção normalizadora também opera como um sistema disciplinar por se tratar de um mecanismo penal que detém leis próprias no qual especifica privilégios e delitos, determina linhas particulares de castigo e necessidades de julgamentos. Segundo Foucault (2014), no hospital, a sanção funciona como tática repressora com relação ao tempo, a atividade, a maneira de ser, aos discursos, ao corpo e à sexualidade, no qual, se aplica a título de punição.

Dessa maneira percebe-se que a disciplina provoca uma maneira específica de punir, reproduzindo sobremaneira um modelo reduzido dos tribunais, pois, os motivos das penalidades disciplinares estão vinculados à inobservância, ao que está inadequado perante à regra ou até mesmo o que se afasta ou desvia das normas, sendo passível de pena o campo indefinido do inconforme. Para Foucault (2014), nesta máquina disciplinar, o castigo tem a função de

minimizar desvios, devendo, portanto, ser corretivo para prevenir novas ocorrências de falhas e erros. Entretanto, a punição, na disciplina, perpassa um sistema duplo de gratificação-sanção, tornando operante o processo de treinamento e de correção, expondo muitas vezes o enfermeiro a situações desagradáveis que prejudicam sobremaneira a sua relação com os médicos.

Eles ficam falando -É você me DEDUROU, porque eu não tirei adorno prá puncionar, -Foi você né fulana, porque tava aqui semana passada comigo! **Eles assim, nem sempre eles aceitam as normas, não sei se isso é bem passado também pela coordenação deles [...]** porque a gente é instruído, né a gente né... tem os treinamentos, [...], mas assim ... é:::, a GENTE TEM SEMPRE QUE SE ADEQUAR, a gente da enfermagem né, eles assim, nem adequam aos protocolos. (E10)

A fala de E10 exemplifica uma situação no qual o médico não aceita ter sido repreendido em detrimento de uma notificação feita pelo enfermeiro, gerando uma situação constrangedora ao questionar o enfermeiro sobre o que houve, acusando-o de ser o responsável por sua punição. Foi dito pelo enfermeiro que os médicos consideram a notificação como um ato de delação, de denúncia. Evidencia-se que o médico, neste exemplo específico, culpabiliza o enfermeiro por ser repreendido, pressupondo ser aceitável o descumprimento da norma e inaceitável o fato de ter sido acusado. Deste modo, nota-se que o médico não se percebe responsável pela falha, e ainda responsabiliza o enfermeiro por torna-la acessível ao seu superior, em um ato de censura.

O fragmento: *“Foi você né fulana, porque tava comigo semana passada”*, mostra que alguns médicos tentam intimidar os enfermeiros expressando a eles que sabem quem foi o autor da notificação, em uma tentativa de inibir futuras denúncias. Isso possivelmente cria um clima desagradável entre os profissionais, favorece o conflito e a desarmonia no ambiente de trabalho. Fica subentendido que os médicos não são orientados quanto à real necessidade do monitoramento e qual é o seu principal objetivo, expondo mais uma vez que, o enfermeiro tem que se adequar à vil obrigação de vigiar os procedimentos médicos, o que gera grande desconforto para ambos, pois descortina o profissional que falhou e também expõe o delator.

No ambiente hospitalar, pelo jogo da quantificação e movimentação de erros e acertos, os aparelhos disciplinares hierarquizam, numa relação mútua os maus e bons profissionais, fomentando assim, uma penalidade perpétua não só dos atos, mas também dos próprios indivíduos colocando em jogo seu nível e seu valor. Nesse sentido, diferenciar os indivíduos entre eles no conjunto possibilita uma demarcação do mínimo a ser feito, da média a ser respeitada e do ótimo que se deve alcançar, entretanto, ao passo que o poder circula, o responsável por ocasionar as sanções também pode ser punido por ser mal compreendido e

assim, vir a sofrer retaliações daqueles que foram denunciados por suas falhas (FOUCAULT, 2014).

Embora haja controvérsias, a penalidade perpétua que perpassa todos os fragmentos e domina todos os instantes do processo disciplinar nos ambientes de produção, compara, diferencia, hierarquiza, homogeneiza e exclui, contudo, normaliza. Surge então por meio das disciplinas o poder da norma, estabelecendo como normal, por exemplo, o princípio da coerção no esforço para organizar um corpo médico e tabela de profissionais hospitalares. Normas que sejam capazes de garantir a efetividade de regras gerais de saúde, sendo, portanto, a regulamentação, um dos grandes instrumentos de poder no fim da Era Clássica. Nessa acepção, o poder da regulamentação converge à uma desejada homogeneidade, mas individualiza, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, fixar as especialidades e tornar úteis a diferenças, ajustando-as umas às outras (FOUCAULT, 2014).

... Ah... não sei assim, é, [...] teve um médico, nesse dia a gente até riu, porque eu virei pra ele e falei assim: - Não, eu tenho que acompanhar você fazendo punção central, **porque agora eu tô contando até o tempo que você gasta pra degermar as mãos e tal, né.** Aí ele falou assim: -O que vocês ficam tanto olhando? [...] - Oh (XX) tô sem adorno nenhum ... **a gente leva na brincadeira.** (E5)

O discurso aponta para uma relação madura e descontraída entre o enfermeiro e o médico no momento da punção de um acesso venoso central, procedimento invasivo que demanda a presença do enfermeiro conforme o protocolo institucional. A postura adotada pelo enfermeiro com relação ao monitoramento da realização do procedimento e o respeito do médico no tocante à função do enfermeiro desmistifica que o conflito seja uma constante entre as duas categorias profissionais. Para este enfermeiro, observar e auxiliar o médico no procedimento é uma atividade complementar no cuidado, demonstrando que, o poder circula sem grandes resistências, em meio à disciplina. A forma com o qual os envolvidos enxergam a situação disciplinar inflamam o conflito ou fomenta a harmonia e a descontração, como também pontua o entrevistado médico abaixo:

O médico é passível de ERROS, e quanto mais gente prá AUXILIAR, prá errar menos melhor! É::: e eu acho que o enfermeiro tá do lado assim como os técnicos e toda equipe tão do lado prá que isso aconteça. (M4)

Em um primeiro momento, a maneira com o qual o médico aborda o desdobramento da vigilância no seu cotidiano de trabalho, reforça a grandeza do trabalho em equipe e nivela a equipe médica a uma posição humana ao se intitular como errante. Nesse discurso, constata-se

uma aceitação de que o médico é passível de erros e que, estar suscetível ao olhar vigilante da equipe é uma forma de garantir uma melhor assistência ao paciente. Esta fala nos possibilita acesso à outra face do poder disciplinar, aquela que produz bons frutos e agrega valor nas atividades executadas. A forma peculiar com que cada sujeito elabora o efeito da ação disciplinar sobre os seus corpos transmuta o significado da sujeição para colaboração mútua e diminui o ensejo à resistência.

Em contrapartida, por mais que haja harmonia nesta relação de aceitação à norma, é também possível pressupor que, o médico compreende a presença da equipe de enfermagem como um fator importante para evitar que ele erre, o que não é verdade. Por mais que observar seja acessível a todos, cada profissional tem suas tarefas, seus deveres e afazeres vinculados à sua formação, não estando todos à volta do médico para que ele, como figura central, tenha êxito em sua prática. De forma silenciada, sem conflitos ou desavenças, o médico subverte o papel da equipe de enfermagem em favor da manutenção da sua supremacia.

A necessidade de um trabalho em equipe efetivo reduz a duplicação de esforços, restringe o erro clínico, melhora a segurança do paciente e melhora a qualidade do atendimento (PARADIS *et al.*, 2015).

A regra é ser homogêneo, conseguir que todos os sujeitos executem suas atividades dentro da normalidade esperada e determinada pela padronização de rotinas.

Dessa maneira, se espera que o poder da norma funcione por introduzir no processo de trabalho, a gradação das diferenças individuais e por permitir a mensuração de resultados (FOUCAULT, 2014). Essa dinâmica favorece o trabalho em equipe e a aceitação de diversos saberes complementando o processo de produção, como mostra o discurso do médico:

É::: quanto às normas, **geralmente o enfermeiro se posiciona de maneira melhor né, o médico é um pouco mais rebelde.** É::: acaba que o enfermeiro as vezes tem que chamar a atenção da gente de alguma norma que a gente não tá cumprindo assim [...]. Eu acho que, quando é uma relação realmente de equipe, os dois trabalham juntos o cuidado é melhor. Se percebe mais coisa, consegue otimizar o tipo de tratamento, não só o tratamento farmacológico, mas o tratamento do paciente num todo e quando fica brigando, ou discutindo, coisa assim, acaba que o paciente é quem sofre e vai sempre faltar alguma coisa. (M8)

Em sua fala, o médico clarifica que o resultado esperado do seu trabalho é o melhor cuidado possível ao paciente, e dessa forma, compreende a atuação do enfermeiro em consonância com a sua como algo valioso. Fica posto que o médico reconhece a dificuldade da

equipe médica em seguir normas e a importância do enfermeiro ao se posicionar diante de irregularidades percebidas pelo paciente.

No cerne dos processos disciplinares, o exame revela a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam, propiciando importante visibilidade à superposição das relações de poder e de saber no contexto observado. Ressalta-se que nessa técnica delicada de domínio, o poder e o saber se encontram enredados e indissociáveis (FOUCAULT, 2014).

É, o problema que eu tive relacionado a um plantonista do CTI [...] um problema relacionado a farmácia, a forma que saía na prescrição, não era a forma que a farmácia liberava o medicamento, né. [...]. Então quando eu chegava prá ele com a prescrição e falava assim: -Olha desse jeito que tá prescrito a farmácia não libera. Foi daí que gerou o conflito, entendeu? Porque ele falou assim: -Ah então a partir de agora VOCÊ TEM o CRM, VOCÊ PRESCREVE, eu só QUERO esse paciente medicado. **Então foi da onde a gente acionou o coordenador, por conta disso** / nesse momento, eu achei que ele não seguiu o protocolo. (E8)

Nesta fala, o enfermeiro expõe que o médico não aceitou refazer uma prescrição médica que estava em desacordo com o protocolo da farmácia para liberar um medicamento não padrão. Talvez por não compreender a importância dos protocolos institucionais e desconhecer a norma, o mesmo se irritou com a solicitação do enfermeiro, manifestando claramente que a posse de um número de inscrição do CRM (Conselho Regional de Medicina) é um atributo de poder.

Ao dizer que só queria o paciente medicado, o médico colocou o enfermeiro em uma situação delicada, pois não compete ao mesmo fazer a prescrição médica e o próprio médico estava se recusando a fazê-la. Trata-se de uma tentativa de sujeição do enfermeiro ao poder médico. Em sua pesquisa, Silva (2006) a autora também observou muita tensão quando a questão envolvia algum problema na prescrição de medicamentos ou procedimentos, que gerava um jogo de empurras como se a responsabilidade em corrigir uma prescrição não envolvesse vidas.

Ficou posto que, o enfermeiro, por dominar o conteúdo da norma, conhecer as questões vinculadas à regra e saber da real impossibilidade de retirar o medicamento da farmácia, o enfermeiro não se intimidou com o comportamento do plantonista e acionou o coordenador médico. A não sujeição a uma norma e sua reação rude por não querer fazer outra prescrição dentro do padrão, submeteu o médico aos efeitos da insubordinação à disciplina, uma vez que, o enfermeiro, operador do exame, percebeu a irregularidade, tentou corrigi-la, e sem sucesso, delatou a infração do médico ao seu superior, expondo-o à sanção normalizadora. Neste

momento, o enfermeiro mostrou ao médico que normas existem para serem seguidas, independente do registro profissional que o sujeito possui, invalidando que somente a posse do CRM simbolize poder.

Apesar de historicamente o hospital consistir em um local de disciplina médica, os mecanismos disciplinares possibilitaram a todos os corpos envolvidos no processo manifestarem irregularidades na busca por medidas que repreendessem os sujeitos, independentemente da sua categoria profissional. Todos ficaram expostos e sujeitos aos olhares verticalizados e horizontalizados, ao passo que, todos também se encontraram empoderados quanto ao que é desejável ou não. A fala abaixo expressa e demonstra como providências coercitivas modificam as relações e o próprio sujeito.

[...] eu pelo menos já tive problema com um {médico}, [...], foi feito um documento escrito, né, fiz descritivo, com o que tinha acontecido. Porque eu acho assim, ele de uma certa forma me DESACATOU, eu não gostei. **Passsei prá minha coordenação, a minha coordenação junto a mim, passou pro coordenador médico, e o coordenador médico resolveu junto com ele.** Mas depois disso não teve problema nenhum, não me destratou mais por conta desse ocorrido, simplesmente resolvemos o problema que tinha acontecido, e nada mais. (E8)

O discurso do enfermeiro remonta a estruturação hierárquica do poder, suas técnicas opressivas e a repercussão do ato disciplinar, confirmando a sujeição do indivíduo em uma superposição de poderes. O enfermeiro não aceitou o desacato proferido pelo médico, não se calou diante de um destrato, se posicionou ao formalizar seu descontentamento ao seu superior imediato que tratou o assunto diretamente com a liderança médica. Esta rede de relações verticalizadas facilita a condenação do infrator e, dessa maneira, no desejo de evitar que situações como essas recorram, o indivíduo censurado não infringe novamente as normas, mantendo a partir de então, o padrão adequado e esperado para as relações profissionais cordiais e respeitadas.

O exame presume um sistema que associa o saber a uma certa forma de exercício de poder. O poder do exame não é invisível, se manifesta sobre o que ou quem ele é exercido, deixando em evidência o seu executor. Já o poder disciplinar, se exerce pela invisibilidade, concedendo perceptibilidade aos subordinados (FOUCAULT, 2014). Do mesmo modo que o enfermeiro exerce poder sobre a equipe médica pela disciplinarização da norma, o comportamento do enfermeiro também é observado por todos enquanto liderança, como mostra o discurso de um médico entrevistado:

[...] eu vejo também, que o pessoal / os técnicos de enfermagem respeitam MUITO POUCO, os enfermeiros de nível superior, as vezes respeito NENHUM né. Então acho que falta um treinamento [...], uma conscientização, **porque as vezes eu vejo que o enfermeiro fica até um pouco ACUADO, às vezes, na hora de tomar uma iniciativa de chamar uma atenção sabe**, já presenciei algumas vezes, no meu plantão. (M3)

A fala do médico reporta que a hierarquia não estabelece e controla a relação de poder. Neste caso, o liderado não respeita seu superior por algum motivo, deixando o enfermeiro acuado, como se estivesse sendo ameaçado e é isso que o exame edifica. Este discurso traduz o efeito do exame sobre o indivíduo, evidenciando quem o pratica sobre quem o recebe. A dificuldade de ter iniciativa em repreender um subordinado pela cadeia hierárquica do organograma institucional é observada por outros profissionais, que não se enquadram na equipe de enfermagem, gerando descrédito para a classe de enfermeiros e mácula na identidade dos mesmos.

O resultado deste exame, pressupõe a inabilidade do enfermeiro em requerer que a equipe médica acate suas colocações, e até mesmo, impede que o enfermeiro enfrente o corpo clínico para seguir normas. No momento que o médico percebe a fragilidade do enfermeiro em comandar sua própria equipe, pressupõe-se que ele se sente desobrigado de considerar o conhecimento do enfermeiro na aplicação dos protocolos.

Por fim, “o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber” (FOUCAULT, 2014; p. 188). A funcionalidade do poder tem a norma como referência para determinar os desvios, e os indivíduos são marcados mais pelos desacertos que pelas proezas. Entretanto, é importante salientar que o poder não produz somente efeitos negativos, há de se pensar que o poder produz realidade, campos de objetos e rituais da verdade no intuito de tornar o sujeito tanto mais obediente quanto mais útil. O olho anônimo do poder e sua estruturação arquitetural é que impelem o indivíduo a se autodisciplinar (FOUCAULT, 2014).

Eu acho que é isso, é pensar que o paciente é de todos nós, que cada um tem o seu papel, BEM DEFINIDO, inclusive, né, que, é:::, **nenhum papel substitui o outro, que um complementa o outro**. Então, que a gente tem que trabalhar juntos porque nenhum dos dois consegue andar sozinho. (E7)

Sem embargo, a fala acima denota a necessidade de se trabalhar em equipe, e que o trabalho em grupo não exclui e não anula a importância individual de cada sujeito enquanto profissional. Neste sentido, o trabalho em conjunto assegura uma melhor assistência ao paciente, e sendo esse o verdadeiro objetivo da equipe, não justifica resistir a normas que

objetivem ratificar fiança aos pacientes na sua recuperação e, por conseguinte, aos envolvidos enquanto cidadãos e profissionais que respondem civilmente por seus atos.

A interação médico-enfermeiro é definida por Petri (2010) como um processo interpessoal onde ambos apresentam objetivos compartilhados, no qual os dois devem ter a mesma capacidade de decisão, responsabilidade e poder para administrar o cuidado do paciente. Também deve haver confiança mútua, respeito e comunicação efetiva neste relacionamento, já que, cada profissão precisa estar ciente e aceitar os papéis, habilidades e responsabilidades do outro (PETRI, 2010).

O exame, possibilita uma observação ininterrupta e uma vigília permanente que, se mal conduzidas, colocam os corpos em posição de ataque para se defenderem. Neste mecanismo de poder disciplinar, o médico, antes soberano no exame e no comando das atividades de saúde, passou a ser alvo dos olhares vigilantes presentes em toda a estrutura do serviço de saúde, tanto no que diz respeito ao seu comportamento, quanto das suas práticas.

Diante das falas analisadas, é possível constatar que a objeção ao trabalho em equipe, por parte de alguns profissionais médicos, seja uma alternativa viável que restringe a prática dos três instrumentos de poder reconhecidos por Foucault como estratégias de disciplinarização. A fragilidade de comunicação e a negação do trabalho em conjunto pode ser considerada uma tática de resistência ao panóptico, uma vez que, este dispositivo possibilita que qualquer pessoa exerça a vigilância de um sobre o outro, suscitando a circularidade do poder, seja pelo saber científico ou pelo domínio de normas.

5.4 Circularidade do conhecimento na constituição das práticas cotidianas

*“O conhecimento
Nos faz responsáveis”
(Che Guevara).*

Conhecimento é definido como “ato ou efeito de conhecer, de perceber ou compreender por meio da razão e/ou da experiência, domínio teórico ou prático de uma arte, de uma ciência, de uma técnica, (...) ato de saber” (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 524). Saber, por sua vez, também de acordo com o dicionário da língua portuguesa, significa “conhecer, ser ou estar

informado, ter conhecimentos específicos, estar convencido, ter força, meio, capacidade, possibilidade de, ou habilidade para (...)” (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 1688).

Complementado a etimologia da palavra saber pelas lentes filosóficas de Foucault (2008), saber é aquilo de que podemos falar com domínio e propriedade em uma prática discursiva. Desde Platão, na Grécia antiga, sabe-se que o saber não pode existir totalmente independente do poder, uma vez que, para o filósofo grego, o conhecimento humano ocorre por estágios e eleva o estado de potência existencial do ser (PENA; PENA, 2013). Entretanto, apesar da ideia de que o conhecimento confere potência ao homem, não significa que o saber está submetido ao poder (BORDIN, 2014).

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status* científico; (...) um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; (...) um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam; (...) finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (FOUCAULT, 2013; p.220).

Foucault (2006) considera o poder como algo que opera por meio do discurso, sendo o próprio discurso um componente do dispositivo estratégico das relações de poder, pois por meio dele, se diz o que se sabe. Isto posto, poder-se-á dizer que, o conhecimento se dá de acordo com as relações de poder, nas quais o saber gera poder na pessoa que o legitima pelo discurso da verdade (BORDIN, 2014). O poder está no discurso por ser relacional.

Pelo fato de ser sempre endereçado a alguém, todo discurso deve ser visto como uma prática, uma construção para persuasão, como uma estratégia ideológica de persuasão pela verdade (FOUCAULT, 2009). Para Camello (2009), a verdade e sua necessidade existem muito antes de as podermos definir e com a amplitude que não teríamos condição alguma de determinar. Pelo julgamento da filosofia, sem verdade não se vive, seja lá a circunstância em que se está, pois, é ela que decide inexoravelmente a vida humana.

Bordin (2014), com base em Foucault, atesta que os discursos de verdade na sociedade são aferidos por meio de comportamentos, linguagens e valores e, assim, refletem relações de poder, podendo ou não, aprisionar os indivíduos. Conquanto, a verdade não existe dissociada do poder, uma vez que, ela é produzida pelo poder, como produto de sua época, se perfazendo temporal. A verdade é o resultado do choque de conhecimentos, e assim, cada sociedade produz as suas verdades, reconhecendo-as e legitimando-as em seus próprios discursos.

Tendo em vista o saber, o discurso e a verdade, “o poder nasce de uma pluralidade de relações que se enxertam em uma outra coisa, nascem de outra coisa e tornam possível outra coisa” (FOUCAULT, 2006; p. 276). Nesse sentido, quanto mais disfarçado o poder estiver, mais forte ele será, e, uma considerável maneira de diminuir este poder é o saber (BORDIN, 2014). Trata-se, portanto, de um jogo, de uma batalha retórica pela veridicção, de uma relação dialética entre poder e saber na busca do sujeito pela verdade. Nesse sentido, um enfermeiro, participante da pesquisa faz a seguinte colocação:

Bom! [...] é::: eles {médicos} às vezes pontuam, ponto de vista deles, né, é::: e eu respeito, né! Às vezes eu até questiono alguma coisa, mas né, **como ele é o MAIOR RESPONSÁVEL né, pelo tratamento**. E então, assim ... é daqueles médicos que a gente tem uma relação boa, né?! É... eles simplesmente colocam o ponto de vista. Igual, às vezes eu vou questionar porque que não entra com uma sedação, né, e daí ele coloca: - Não, não vai entrar por causa disso, disso e disso, né?! - Não, nós não vamos fazer o tratamento dessa forma, por causa disso! Então ele coloca numa boa, explica de forma educada, tá colocando o ponto de vista dele e, pelo julgamento, é o que é correto. Então respeito, é:::, e **já teve situações em que eu via que não era o correto e de fato não era** [...]. (E5)

A fala acima ilustra um duelo civilizado de saberes, no qual médico e enfermeiro se posicionam, de acordo com os seus conhecimentos e crenças naquilo que acreditam ser o melhor para o paciente, aquilo que consideram ser suas verdades. Apesar deste enfermeiro mostrar segurança quanto ao seu papel, seu discurso ainda explicita o reconhecimento pela supremacia médica nas práticas de saúde, quando diz de maneira enfática: “*como ele é o MAIOR RESPONSÁVEL né*”. O nível de visibilidade da equipe médica pode ser entendido como relativamente proporcional ao seu nível de responsabilidade.

Outro ponto de destaque no discurso do enfermeiro é fato de ele manifestar sua opinião, questionar algo com os médicos que eles têm boa relação. Subentende-se que, com médicos cuja relação é conflituosa, não há espaço para o diálogo e manifestação de outros saberes, a menos que o enfermeiro esteja disposto e seguro de seu conhecimento/sua verdade para o enfrentamento.

Thomas, Sexton e Hermreich (2003) realizou um estudo em oito unidades de terapia intensiva em Houston, onde 90 médicos e 230 enfermeiros foram pesquisados. Objetivando compreender as atitudes discrepantes entre médicos e enfermeiros que perpassam o trabalho em equipe, identificaram que 73% dos médicos avaliou a efetividade da comunicação deles com os enfermeiros como alta ou muito alta.

No entanto, apenas 33% de enfermeiros avaliaram a qualidade dessa comunicação como alta ou muito alta. Os resultados podem estar relacionados com a forma como a qual as duas profissões percebem e subjetivam comunicação, uma vez, médicos consideram comunicação efetiva, quando os enfermeiros acompanham as decisões médicas e seguem suas ordens. Entretanto, embora os enfermeiros executem tarefas e realizem as ordens de médicos corretamente, muitos desejam ter maior autonomia e compartilhar saber conjuntamente com os médicos na decisão do cuidado do paciente (SIROTA, 2007).

Dessa maneira, percebe-se que estar preparado para argumentar demanda conhecimento, e se, em algum ponto, este conhecimento é frágil, o mais simples é recuar. Este recuo demonstra vulnerabilidade e desse modo, as relações estabelecidas entre o médico e o enfermeiro também ficam fragilizadas. Nesse discurso, o enfermeiro concorda com a decisão médica à medida em que ele explica e esclarece os motivos que o direcionam a tomar certas decisões. Ao exercício de uma palavra capaz de persuadir os que estão ao seu redor, dando possibilidade para que assumam posição de comando, por terem conhecimento, constitui a parresia (FOUCAULT, 2011).

A parresia consiste em convencer os outros pelo discurso, por meio de uma fala franca. Assim, nota-se que ambos são livres e capazes de compartilhar conhecimentos, e que pelos seus discursos de verdade, modificam as coisas, executam umas e impedem outras, em prol de uma melhor assistência para o paciente. Esta fala infere cordialidade na disputa pela verdade, respeito e confiança dos profissionais entre si, como uma equipe, sem que, no entanto, seja suprimida a disputa por espaços de poder.

Para Foucault (2006), as relações de poder existem entre aquele que sabe e aquele que não sabe, entre um homem e uma mulher, entre a criança e seus pais, e assim por diante, estando, a sociedade estruturada em milhares de relações de poder e, por conseguinte, em relações de força. As relações de força, por sua vez, utilizam métodos e técnicas muito diferentes umas das outras na procura pela verdade. Ao ser questionado sobre como médicos e enfermeiros lidam com situações de divergência ou conflito em seu cotidiano, o enfermeiro responde que

Lidam com stress! Um começa a xingar o outro, começa partes irônicas, piadas né?! Agressão verbal, [...], tem pessoas que têm mais tranquilidade e outras não. (E1)

Nessa fala, o enfermeiro coloca que, em situações conflitantes, alguns médicos e enfermeiros se agridem verbalmente. A questão do desrespeito apontada no discurso, sugere que, embora não sejam todos, alguns profissionais abdicam do discurso cordial, pautado em

argumentos claros e fundamentados no conhecimento. O conflito pode ser entendido como resistência de ambas as partes e que a incivilidade neste caso pode também ser uma alternativa de renitência frente a situações que não estão claras na fala. Percebe-se uma luta por um poder soberano, autoritário e violento. Com relação à qualidade do relacionamento profissional entre médicos e enfermeiros, Silva (2006) identificou em seu estudo que para 50% dos entrevistados a relação é desagradável.

Pesquisas internacionais sobre cooperação entre médicos e enfermeiros confirmam que os médicos tendem a ser grosseiros, com personalidades intimidantes. Os resultados destes identificaram que a maioria dos médicos exibiram distúrbios comportamentais como gritar e utilizar linguagem abusiva com os enfermeiros. Consequentemente, os enfermeiros externaram profunda insatisfação decorrente da constata falta de respeito e autonomia vivenciada por eles (ROBINSON *et al.*, 2010; ROSENSTEIN, 2002; ROSENSTEIN; O'DANIEL, 2005).

No mecanismo de poder, há uma série de procedimentos pelos quais se exerce o poder do pai sobre o filho, mas também do filho sobre seu pai, do homem sobre a mulher, mas também da mulher sobre o homem, mostrando assim, que o poder se movimenta (FOUCAULT, 2006). Dessa maneira, percebe-se que apesar das relações de poder serem relações de força e de enfretamento, elas são sempre reversíveis, não existindo, portanto, uma relação de poder que seja completamente triunfante e incontornável. Ao passo que as forças transitam, o poder circula!

[...] o enfermeiro tem as suas atribuições e às vezes ele depende do médico, o médico tem as suas atribuições que dependem do enfermeiro. Às vezes, se a gente não conversa direitinho, fica uma certa é:::, animosidade. Por exemplo, punção é procedimento que precisa do enfermeiro, só que o enfermeiro tem que fazer a evolução dele, só que a gente quer puncionar rápido, por algum outro motivo, mas aí a gente conversa, ajeita. (M2)

Este médico coloca que a sua rotina de trabalho está vinculada à rotina de trabalho do enfermeiro. Apesar de serem saberes diferentes, são saberes complementares, há espaço para atuação de todos, sem que um anule o outro, uma vez que são profissões interdependentes no cenário das práticas de saúde. Ficou posto que, há situações em que o enfermeiro prioriza as atividades burocráticas em detrimento do cuidado, dos procedimentos assistenciais, como a punção, citada pelo médico.

O médico aponta o diálogo como a solução da divergência nas demandas, denotando ao termo 'ajeita' o sentido de resolve, decide, com a premissa de que se decide em consenso pelo

melhor. Entretanto, ressalta-se que vence aquele que está com a razão, sendo esta razão, por vezes, uma verdade individual e não coletiva. Depende do nível de persuasão da conversa.

A interdependência médico-enfermeiro é definida por Petri (2010) como um processo interpessoal onde médicos e enfermeiros apresentam objetivos compartilhados, no qual, ambas as partes devem ter a mesma capacidade decisória, responsabilidade e poder para administrar o cuidado do paciente cuidado. Nessa relação é desejável que haja confiança mútua, respeito, comunicação aberta e efetiva, onde cada profissão precisa estar ciente e aceitar os papéis, habilidades e responsabilidades do outro (PETRI, 2010).

A relação de poder deve ser entendida como uma relação flutuante, não estando, portanto, numa instituição ou em uma pessoa, já o saber se encontra numa relação de formas e conteúdo. Assim, ainda que para estabelecer o poder seja preciso força, para estabelecer o saber basta apreender ou ensinar sobre o objeto oculto, e, nessa circularidade provocada pelo entrecruzamento de um e de outro, poder e saber, é que se constitui o sujeito (FERREIRINHA; RAITZ, 2010). Conseqüentemente, a relação entre o poder e o saber é a combinação que atribui ou não, visibilidade ao indivíduo.

...Ah! Não sei, **acho que muitos profissionais estão muito ARROGANTES.** Eu acho que isso é importante, sabe? Seja muitos na ética, que acredita que são superiores, seja **alguns enfermeiros, que a gente sendo médicos menos experientes, acharem que a gente não sabe não, [...].** (M5)

O discurso deste médico residente, demonstra como o saber confere poder ao homem. A fala associa o conhecimento à oportunidade de visibilidade. Importante perceber que o médico generaliza a prática da arrogância entre médicos e enfermeiros, sinalizando o enfermeiro também como sujeito da soberba. Ao enfatizar ‘médicos menos experientes’, o médico vincula o seu saber à pouca experiência, resultando no seu não reconhecimento pela enfermagem, como um profissional que detém conhecimento suficiente para estar onde está. Neste momento, a posição culturalmente superior do médico sobre o enfermeiro se inverte, porque o próprio enfermeiro não delega a ele, esta condição.

Em seu estudo, Lancaster *et al.*, (2015) relata que três enfermeiros afirmaram que alguns médicos mesmo são arrogantes, abruptos e curtos na tentativa de permanecer no poder.

Confirmando os resultados encontrados, uma pesquisadora do estado americano de Minnesota, identificou que muitas enfermeiras consideram a profissão como uma experiência sufocante, que desvaloriza o valor profissional das enfermeiras e favorece a insatisfação no trabalho (SIROTA, 2007).

Os médicos que se envolvem em comportamentos negativos com enfermeiros tendem a fazê-lo por causa de características de personalidade profundamente enraizadas relacionadas a uma necessidade de poder coercivo e auto-glorificação. O fato de as enfermeiras se sentirem intimidadas pelos médicos favorece o mal comportamento do corpo clínico, já que muitas têm medo de abordá-los ou não conseguem descobrir como lidar com isso (SIROTA, 2007).

Importante ressaltar a questão do gênero. Os problemas de poder relacionados ao gênero ainda criam impasses, especialmente para as enfermeiras nas suas relações de trabalho com médicos do sexo masculino e feminino. Alguns médicos, especialmente os mais velhos, tendem a se ver como tendo o completo controle das práticas de saúde, enxergando a enfermagem como perpétua subordinada às suas licitações. Os enfermeiros relatam que os médicos do sexo masculino continuam a exercer maior controle sobre o grupo de enfermeiras e possuem maior visibilidade (SIROTA, 2007).

A visibilidade profissional está muito relacionada ao conhecimento científico. Os médicos alcançaram sua visibilidade social pelo seu saber científico, pelo conhecimento acerca das doenças e seus respectivos tratamentos, pelo domínio de técnicas que curam e salvam vidas (FOUCAULT, 2006). Por outro lado, segundo Jorge Neto (2013), a sociedade contemporânea já exige dos médicos, que, além de características como competência técnica, tenham também indiscriminação social e étnica, mentalidade afetiva e uma atitude altruísta e desinteressada, revelando que a competência técnica em si nem sempre é a qualidade médica mais valorizada pelos pacientes.

Para Foucault (2006) é impossível compreender o desenvolvimento de um saber científico desconsiderando as alterações nos mecanismos de poder, não sendo possível dissociar o progresso do saber científico da maquinaria do poder. O conhecimento é oriundo de uma luta de poder, podendo ser exemplificado pela íntima relação entre a medicina e o capitalismo, no qual algumas doenças e suas curas foram pesquisadas em virtude da ascensão do capitalismo da época em que a mão-de-obra estava adoecendo e, assim, era necessário fazer com que as doenças fossem minimizadas. A medicina então desponta como a profissão capaz de alavancar a economia e garantir o bom funcionamento do instrumento lucrativo, o corpo humano (FOUCAULT, 2008).

A perspectiva médica de que a diferença hierárquica ‘é necessária e fundamental já que para se tornar médico se estuda muito mais que na enfermagem’, surge como uma prerrogativa que valida e justifica a disputa de poder dos médicos sobre os enfermeiros (SILVA,

2006). Contudo, as alegadas diferenças de saberes não resultam, restrita e necessariamente, da quantidade de horas investidas na formação de cada profissional, já que, apenas conhecimentos científicos não são jamais suficientes para atribuir competência clínica ao profissional e nem desempenho médico satisfatório (SANTOS, *et al.*, 2015; JORGE NETO, 2013).

O conhecimento não é algo intrínseco do homem, mas sim, algo inventado, produzido, e Foucault acredita que, os acontecimentos que geram saber devem ser considerados em seu tempo, história e espaço e que o poder pode ser frequentemente exercido de forma deliberada (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

[...] num outro serviço que eu trabalhava, eu corria leito todos os dias com os médicos, era menor o CTI, os pacientes eram menos graves e tal / então todos os dias eu chagava de manhã e falava com o médico que tava de plantão: - Vão bora correr leito? [...]e isso fluía totalmente, porque o que eu precisava, eu já pedia, [...] era tudo conversado, tudo explicado, [...] existia uma corrida de leito, **ALÉM da::: corrida de leito, o médico e o enfermeiro trabalhavam juntos.** (E2)

Este trecho expressa a interferência do cenário nas relações profissionais, afetando a aproximação de médicos e enfermeiros na Terapia Intensiva. No ponto de vista deste enfermeiro, o fato de o CTI em que ele trabalhava anteriormente ser menor e internar pacientes menos graves, possibilitava uma atuação mais ativa dos profissionais, facilitava e otimizava o trabalho em equipe. Fica subentendido que hoje, no seu atual contexto profissional, isso é uma dificuldade.

Nota-se que o enfermeiro assumiu sua função, se posicionou diante do médico, rompeu a sua passividade nas corridas de leitos ao chamá-lo para discutir os casos. É a operação do poder circulando.

Em consonância com a análise do discurso de E2, a fala de E12 complementa a ideia da postura do enfermeiro como empecilho para a circulação do poder, mesmo que haja conhecimento. Surge aqui uma questão de identidade manipulando a personificação do poder!

[...] o que é mais estressante prá gente {enfermeiro}, nessa questão aí do relacionamento entre médico e enfermeiro, realmente é essa questão né, deles OUVIREM MAIS, deles CHAMAREM mais a nossa presença [...] **realmente confiar mais no enfermeiro. Eu acho que às vezes eles não confiam muito não.** Talvez pela pressão né, do ser médico, né?! [...], **a questão da tomada de decisões né, que muitas vezes cabe ao médico, né?! [...].** (E12)

O trecho retrata a passividade do enfermeiro na relação de poder, no qual ele aguarda ser acionado pelo médico para ser ativo no processo. O enfermeiro requer que o médico confie

nele, mas qual a sua estratégia de mudança de cenário? Percebe-se que o próprio enfermeiro confere ao médico uma soberania sustentada pelo encargo da pressão em tomar decisões.

Neste momento, é paradoxal desejar que um ser supremo demande a participação de um profissional que possa interferir nas suas decisões. Se para o enfermeiro a tomada de decisão cabe somente ao médico, qual a importância deste enfermeiro? A visibilidade neste caso cabe a quem? Cabe ao médico confiar no enfermeiro ou cabe ao enfermeiro se fazer confiável? Pressupõe-se que, ao passo que o enfermeiro delega poder ao médico, ele aguarda que o médico também lhe delegue algum tipo de poder. Um contrassenso que perpetua a invisibilidade do enfermeiro inclusive nas corridas de leito.

Em sua revisão integrativa, Paradis *et al.*, (2015) identificou artigos que abordaram a desvalorização da enfermagem, a dependência dos médicos sobre o conhecimento das enfermeiras, as estratégias da enfermagem para compartilhar informações e obter o resultado desejado. Houve apenas um artigo que trouxe a efetiva atuação do enfermeiro durante as corridas de leito, já que na maioria dos artigos estudados, as contribuições da enfermagem, foram raras e muitas vezes marginalizadas, embora alguns enfermeiros tenham conseguido alterar os padrões de interação com os médicos durante as discussões clínicas de cuidados e tratamento.

Assim como a equipe médica, os profissionais da enfermagem estão presentes em todas as instituições assistenciais, sendo que, na rede hospitalar mantém presença nas 24 horas de todos os 365 dias do ano. Estes dados, por si só, já demonstram que a qualidade das ações de enfermagem interfere, diretamente, na qualidade da assistência em saúde, não sendo possível restringir apenas à figura do médico o valor representativo na reabilitação do corpo biológico doente (PIRES, 2009).

Foucault (1979) pondera que o poder é criador de saberes e verdades, agindo como opressor. Exercer o poder representa impor uma vontade sobre terceiros, não no sentido de posse, mas de uma prática social interpessoal, que apresenta particularidades do meio onde se originou. Fogaça *et al.*, (2008) chamam atenção para o fato de as UTI's serem territórios que utilizam tecnologia muito avançada, demandando preparo e atualização constante das equipes e, nesse contexto, a falta de qualificação da equipe influenciam negativamente nas relações.

Embora o CTI seja o local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, oferece um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital,

tanto para pacientes e familiares, quanto para os profissionais (CHAVAGLIA, *et al.*, 2011). Isto posto, pode-se inferir que a dinâmica e a logística da terapia intensiva são mecanismos operatórios que normatizam as relações entre os profissionais que lá exercem suas atividades, conforme se observa na seguinte fala:

Como são as relações entre médicos e enfermeiros no CTI, no dia a dia do trabalho? (P)

Oscila muito, é, tem períodos que são mais conturbados, que o plantão tá mais estressante mesmo, com paciente mais grave, e aí às vezes acaba, em alguns momentos, tendo atrito [...]. Mas na maioria das vezes, **quando é uma equipe boa, tanto médico, quando não tem preguiça, quanto o enfermeiro que agiliza**, que vê, que consegue ver as alterações que o médico não consegue acompanhar, [...], geralmente é uma boa relação. (M4)

Para Kesecioglu (2015), um ambiente harmônico e tranquilo favorece que médicos e enfermeiros se concentrem efetivamente no paciente e nos cuidados relacionados, validando que, como exposto por M4, de fato, o ambiente interfere na relação dos profissionais médicos e enfermeiros. Neste sentido, pressupõe-se que os plantões mais agitados devido à instabilidade clínica dos pacientes, demandem um maior contato desses profissionais.

A preguiça médica é dita no discurso como um dificultador em algumas situações, bem como a morosidade do enfermeiro em ser atuante no processo terapêutico, o que não é associado por M4 a preguiça desse profissional. Ficou claro que o médico demanda atitude do enfermeiro em perceber alterações que o "médico não consegue acompanhar", delegando ao enfermeiro responsabilidade pelo conhecimento, conferindo-lhe de parceria e compartilhamento de poder.

Nessa lógica, é importante salientar que legislações que regulamentam os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, como a Portaria nº 466 de 04 de junho de 1998 e RDC nº 07 de 24 de fevereiro de 2010, por exemplo, não estabelecem obrigatoriedade de especialização em terapia intensiva para equipe de enfermagem atuar na UTI, enquanto torna-se obrigatório título de especialista pela equipe médica, o que de certa forma contribui para a sustentação do conhecimento científico pelo corpo clínico. Entretanto, especializações e cursos de pós-graduação estão disponíveis para quem os desejar cursar, caso o profissional tenha condição de arcar financeiramente com desenvolvimento do seu capital intelectual. Dos participantes deste estudo, 66,7% dos enfermeiros têm curso de especialização em Terapia Intensiva.

Segundo Cavalheiro (2008), existe uma preocupação contínua do enfermeiro com o aprimoramento profissional, fato este relevante, já que o profissional com maior capacitação

terá mais habilidades para desenvolver o trabalho com maior precisão e qualidade e disputar posições privilegiadas nas relações de poder. Em seu estudo, 93,3% dos enfermeiros entrevistados apresentaram título de especialistas em UTI. Para a autora, a especialização pode representar um estímulo para o exercício da criatividade e incentivo a implantação de novos projetos, aumentando autoestima e contribuindo para o melhor desempenho e consequentemente maior segurança.

Em Nova York, a elevada proporção de enfermeiros especialistas em terapia intensiva foi associada à menores incidências de complicações de pacientes internados em uso de ventilação mecânica. Apesar de ser um ganho para os serviços de saúde, a especialização de enfermeiros não é exigência dos hospitais. Porém, enfermeiros com título de especialista são recompensados financeiramente pelo certificado, já que, em detrimento do conhecimento adquirido, esses enfermeiros são capazes de implementar novas práticas que mitigam os riscos assistenciais em UTI (BOEV; XIA, 2015).

O homem dotado de conhecimento tem o encargo de dirigir e guiar os outros que não o possuem, assumindo nesta situação, um posto privilegiado, não somente por exercer poder, mas por possuir autoridade em função do seu saber (FOUCAULT, 2011). Ao passo que pelo conhecimento se adquire a habilidade e a capacidade de influenciar corpos, pela disciplina, as relações de poder se tornam mais facilmente perceptíveis, já que por ela se estabelecem as relações: opressor-oprimido, mandante-mandatário, persuasivo-persuadido, e tantas quantas forem as relações que expressem comando e comandado (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) sugeriram em seu estudo sobre estresse e *burnout* e a relação com a enfermagem que a diversidade de situações, como regras a serem cumpridas, determinações dos superiores e questões administrativas com vínculo à organização do trabalho são motivadores de tensão e conflito nas práticas de saúde do enfermeiro. A visibilidade do enfermeiro no cenário deste estudo está vinculada ao domínio de normas, rotinas e padrões.

É..., geralmente as regras não são PASSADAS, pelo menos para os médicos de maneira formal, [...], **quem geralmente AUXILIA nessa parte são os enfermeiros, que parecem que nesse quesito são mais organizados**, tem mais reuniões. Então, a gente depende DELES prá fazer o que tem de certo, o que é protocolado na instituição, ALGUMAS VEZES, é de regras, essas que a gente não sabe, nós somos pegos de surpresa, recebendo notificação [...].
(M4)

Esse discurso reflete o limitado acesso dos médicos às regras, citando o enfermeiro como detentor deste saber. O médico pontua que o enfermeiro é o direcionador, contribuindo para que a equipe médica efetue sua prática de acordo com o que é protocolado na instituição. Assim, pelo domínio da norma, o enfermeiro conquista visibilidade. Fica pressuposto no discurso do entrevistado que, a equipe médica é, geralmente, mais organizada e focada que a equipe de enfermagem, com exceção à adesão das rotinas institucionais. Interessante salientar que, neste discurso o médico concebe o enfermeiro como um auxílio, ao passo que, em muitas outras falas deste estudo, profissionais que percebem os enfermeiros como fiscais. Outro ponto importante de se atentar é a notificação citada como repreensão, demonstrando que, por meio da observação do enfermeiro, o médico pode ser repreendido, transformando agora a figura do auxílio em vigília. Na acepção da palavra, o verbo auxiliar anuncia, ainda que de forma verbalmente silenciada um sujeito coadjuvante, subordinado, subalterno, assistente, ajudante (HOUAISS; VILLAR, 2009).

Ao realizar um estudo sobre o significado do processo de cuidar para o enfermeiro da UTI, Oliveira e Spiri (2011), constataram que o enfermeiro é o profissional da equipe que viabiliza a concepção do cuidado efetivo em decorrência de seu domínio sobre os processos de trabalho e do seu potencial articulador. Embora tenhamos encontrado que nem sempre o enfermeiro enfrenta o médico para garantir o padrão esperado do procedimento, comumente o enfermeiro fomenta o cuidado de acordo com o que determina os protocolos. Abaixo, os discursos salientam o enfermeiro como o encarregado por garantir a aplicação da norma, estando a circulação deste poder vinculada à atitude do enfermeiro.

[...] hoje em dia, a gente tem aqui no CTI um *checklist*, por exemplo, que é um *bundle* de punção de acesso central. Então, é muito claro o que tem que fazer ali: não pode usar adorno, tem que lavar as mãos, colocar campo, é::: cobrir o paciente da cabeça aos pés de campo. **Às vezes, o enfermeiro, ele identifica que o médico está fazendo errado, mas ele não tem coragem de falar.** (E7)

É... {risos} ... o enfermeiro sempre tem que tá cobrando do médico para seguir as normas, né?! Eles não se importam muito com isso [...] às vezes você vê o médico fazendo alguma coisa que você sabe que não tá certo, você tem que se impor, VOCÊ TEM que falar né, - Não, pera aí isso aí que o quê você está fazendo num tá certo. É isso, é isso... você tem que se impor, eu ACHO. (E3)

Pelas falas, é possível perceber que a circulação do poder é tangível pelo domínio da norma quando o enfermeiro assume uma postura firme quanto ao seu papel nesta situação. Fica posto que o enfermeiro, além de possuir maior conhecimento sobre os protocolos institucionais

e rotinas, paralelamente assume um papel de autoridade no momento dos procedimentos assistenciais.

Corroborando nosso resultado encontrado, hospitais localizados na região Oeste de Nova York também demandam a presença do enfermeiro durante a inserção de um cateter central nos pacientes pelos médicos. Segundo Boev e Xia (2015), de acordo com os protocolos nova iorquinos, é desejável que neste momento todos os membros da equipe de cuidados de saúde se comuniquem de forma eficaz, e que, todos, juntos, garantam do outro a utilização da técnica estéril, uso correto de equipamentos de proteção individual e que ocorra atualizações frequentes sobre o estado hemodinâmico do paciente durante o procedimento.

Neste momento, cabe uma analogia do médico como condutor do tratamento e do enfermeiro como condutor dos processos. Não basta somente o enfermeiro sinalizar caso o médico esteja executando uma atividade fora do padrão. É necessário que o enfermeiro tenha o conhecimento necessário, que o apoie e ampare sua postura de impedir que algo seja feito de maneira equivocada. Quando se domina algo, o conhecimento lhe confere visibilidade por te possibilitar a assumir uma sólida posição de orientador.

A análise feita pode ser fortalecida pelos discursos médicos abaixo:

É:: {quanto às normas} geralmente o enfermeiro se posiciona de maneira melhor, né?! O médico é um pouco mais rebelde. É::: acaba que o enfermeiro, às vezes, **tem que chamar a atenção da gente** de alguma norma que a gente não tá cumprindo assim [...]. (M8)

O enfermeiro, ele tem que ser acima de tudo uma pessoa com aptidões para gerenciar, [...] e isso requer ... dar atribuições, elogiar, chamar atenção dos técnicos, é, PUXAR A ORELHA DO MÉDICO, da fisioterapeuta. E prá isso, ele tem que ter uma boa habilidade comunicativa TAMBÉM né, tem que saber como falar e o que falar. (M2)

Em um primeiro momento, as duas falas remetem à sensação de os médicos estarem delegando poder ao enfermeiro. Entretanto, ao aprofundar na análise dos discursos, é factível captar que o entrevistado M8 aponta a rebeldia do médico como um dos atributos para a não adesão das normas e, em contrapartida, de forma velada, ele registra a submissão do enfermeiro à função de serem os responsáveis por garantir que os médicos sigam normas ao dizer: *”o enfermeiro, às vezes, tem que chamar a atenção da gente”*. Decerto, pode ser que não se trate de uma reflexão consciente, mas enuncia sutilmente a supremacia médica.

O discurso de M2 profere ao enfermeiro a competência da disciplinarização, na medida em que este enfermeiro disponha de capacidades necessárias. Ao enfermeiro, o médico atribui

muitas responsabilidades desvinculadas da assistência direta do paciente. Este médico assimila o enfermeiro às funções administrativas e burocráticas, bem como, a gestão de pessoas de profissionais que não compõem a equipe de enfermagem. A condição posta para que o enfermeiro exerça o seu trabalho de maneira apropriada é que ele saiba “*como falar e o que falar*”, ou seja, que ele tenha conhecimento suficiente para fundamentar seu discurso e, assim, agir como autoridade sobre os outros, em determinados momentos, tornando-se visível.

O modo pelo qual o sujeito se percebe e a conformação da sua identidade, o concede a viabilidade de transmutar a sua posição na relação profissional, de recodificar seu papel e ressignificar sua existência (FOUCAULT, 1979).

Bom, [...] o enfermeiro, [...] tem um papel assim fundamental dentro da equipe e até mesmo com um saber CIENTÍFICO MESMO! Não vejo ele {enfermeiro} só com um PODER ADMINISTRATIVO, né?! Eu vejo um enfermeiro como uma peça fundamental, até mesmo do ponto de vista de CONHECIMENTO técnico mesmo, né, de entendimento do processo de doença e saúde do paciente. (E5)

Essa fala mostra a percepção do enfermeiro em relação a si mesmo, atribuindo-lhe um valor diferenciado, desvinculando-o somente da responsabilização das atividades administrativas. O enfermeiro coloca como se conhecimento científico aproximasse o profissional do paciente e da equipe de saúde, sendo elemento primordial no processo terapêutico, a partir de contribuições científicas e não somente normativas. Porém, para Martins e Robazzi (2009), os profissionais de enfermagem enfrentam sérias dificuldades relacionadas à complexidade técnica da assistência aos pacientes.

A fala abaixo reitera o discurso de E5 e confirma a possibilidade de o enfermeiro assumir uma posição diferenciada nas relações de poder que se estabelecem.

[...] como o nosso fluxo de médicos nem sempre roda [...] ele acaba conhecendo o seu serviço. Então, eu acho que gera uma confiança no nosso serviço prá eles também [...]. Então, assim, se eu ir lá, avaliar, questionar uma coisa e DEBATER, eu acho que é por isso que eles aceitam. Eu num só vejo só prá mim e deixo eles resolverem. Tem o meu posicionamento perante eles e eles né / muitas das vezes, de até discutir. [...] a gente discute na maioria das vezes, quando eles veem assim, eles aceitam nossa opinião, né. (E8)

Observa-se que o enfermeiro cita o tempo de serviço como um dos determinantes para que a equipe médica confie em seu trabalho. Ficou posto que, a experiência e um maior período de contato entre os profissionais suscita oportunidades de o enfermeiro evidenciar seu potencial produtivo e seu nível de conhecimento. Fica subentendido que, o tempo de trabalho juntos

confere ao enfermeiro maior segurança e conforto em manifestar suas considerações publicamente, portanto, a familiarização da equipe propicia que médicos e enfermeiros contribuam para o estabelecimento de estratégias terapêuticas em parceria. Martins e Robazzi (2009) e Silva (2006), também acreditam que o tempo de convívio fortalece o grupo, o trabalho em equipe, a amizade e o companheirismo, proporcionando o estabelecimento da confiança entre os membros da equipe.

Paradis *et al.*, (2015) e Tang *et al.*, (2013) também identificaram em seus estudos que o cenário da terapia intensiva, o ambiente, tempo de convívio dos profissionais e o contexto dos pacientes afetam a relação médico-enfermeiro.

Nesse sentido, cabe considerar que a boa medicina, a grande medicina, a medicina livre é, portanto, uma arte do diálogo e da persuasão, não concernindo importância simplesmente à doença que é necessário tratar, mas sim ao que abarca a vida inteira do doente e o próprio sujeito acometido (FOUCAULT, 2011).

Segundo Dantas *et al.*, (2010), a maior mudança na história da medicina ocidental ocorreu com a revolução cartesiana, pois, antes de Descartes, a maioria dos terapeutas atentava para a interação de corpo e alma, e tratavam seus pacientes no contexto de seu meio ambiente social e espiritual. Descartes alterou profundamente essa situação levando a uma rigorosa divisão entre corpo e mente, o que de certa forma contribuiu para os médicos se concentrarem na máquina corporal e negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais do homem e da doença.

Nesse sentido, apoiando Backes, Erdmann e Büscher (2015), não caberia à equipe assistencial pensar somente em curar os males, mas se responsabilizar pelo conjunto da vida do doente, tomar conhecimento das sutis alterações em seu corpo e mente, providenciar reabilitação biológica e social, interação familiar dentro das possibilidades e garantir completude na abrangência do tratamento.

[...] principalmente no CTI né, que a gente lida com paciente muito grave, às vezes **a gente acaba esquecendo do paciente, ficando só fixado na doença né [...]**. (M7)

Segundo Backes, Erdmann e Büscher (2015), o modelo biomédico de atenção à saúde, está centrado na doença, na fragmentação do saber, fazer e ser profissional, em que, algumas vezes, nem mesmo o ser que é cuidado é visto como um todo integrado, um ser de múltiplas relações sociais, potencializadas pelo meio ambiente natural e social. Em consonância com o exposto, o médico traz em sua fala que de fato, por vezes, a equipe médica foca somente na

doença e não considera o paciente com um todo, ignorando suas demandas que fogem do contexto biológico, fisiológico e patológico da enfermidade. Interessante associar que, para Fourez (1995), se a medicina, com toda sua tecnologia dura, considerasse a realidade afetiva e social do indivíduo convalescido, a profissão de enfermeiro seria mais valorizada, pois considerar-se-ia importante que uma pessoa fosse bem acolhida, reconfortada e cuidada pessoalmente, a ponto de poder se instruir com a sua doença e tirar dela novas forças.

[...] o CTI é um lugar que o cuidado é multidisciplinar [...]. (M2)

[...] os dois {médicos e enfermeiros} tem que falar... a mesma língua, apesar de terem funções diferentes e conhecimentos cada um dentro da sua área específica, quem se beneficia é o paciente. (E1)

Dentro do serviço há uma demanda de atuação multiprofissional, atualmente denominada de interdisciplinaridade. Pelas falas, as duas categorias (médicos e enfermeiros) se complementam, comprovando que é necessário que os profissionais compreendam que a enfermagem e a medicina são profissões em que não se consegue trabalhar sozinho, pois as ações estão interligadas (MACHADO, 2015).

Para Silva (2006), a interdisciplinaridade reflete uma luta árdua pelo poder, onde os profissionais lutam bravamente por seu lugar no modelo assistencial essencialmente médico-centrado. Contudo, o que se espera é uma colaboração mútua em prol de uma melhor assistência ao paciente crítico, o que favorece a constante circularidade do poder, como coloca o enfermeiro no seu discurso abaixo:

[...] é::: às vezes na própria corrida de leito, mesmo, é::: eles {médicos} estão discutindo algum caso, de um paciente e tem alguma informação passando despercebido pelo médico, e aí você vai e fala, - Olha não é isso, aconteceu isso tal dia, foi tal dia que aconteceu aquilo. E aí você vê quando eles escutam a sua informação né e aí é tomada devidas condutas. **Já aconteceu muito isso comigo, aqui, no nosso CTI de mudar a conduta [...] devido ao que foi falado por mim, no caso enfermeira durante uma discussão.** (E3)

Neste discurso é possível perceber a íntima relação existente entre o poder e o saber, entre a visibilidade e o conhecimento. Pela fala do enfermeiro nota-se que, o fato dos médicos acatarem suas informações durante uma corrida de leito e mudarem a conduta estabelecida por eles, confere prestígio a esse enfermeiro, lhe dá créditos. A fala mostra que a evolução do paciente, os acontecimentos durante o percurso da sua internação são de domínio do enfermeiro e, a partir desse saber foi possível o enfermeiro ser influente no tratamento dos pacientes. Contudo, ao passo que ser participante e ativo em qualquer processo acarrete visibilidade, ocasiona também um maior nível de responsabilidade e de exposição deste profissional.

O trabalho em equipe e a colaboração mútua entre médicos e enfermeiros, melhoram significativamente a qualidade do atendimento ao paciente (HUGHES; FITZPATRICK, 2010). Complementando a informação, estudos demonstram que um trabalho em equipe ineficiente e desarticulado gera impacto negativo na reabilitação dos pacientes, comprometendo a qualidade dos seus cuidados e sua segurança, ocasionando, inclusive, aumento das taxas de mortalidade (ROSENSTEIN, 2002; ROSENSTEIN; O'DANIEL, 2005).

Dois estudos científicos que exploraram a eficácia da interdisciplinaridade durante a corrida de leitos em diferentes localidades dos Estados Unidos da América, forneceram evidência de que fazer a ronda dos pacientes com atuação da equipe interdisciplinar melhora a qualidade do atendimento ao paciente e otimiza a comunicação médico-enfermeiro. Com rondas efetivas, a comunicação de informações importantes pode ser feita face a face, reduzindo a necessidade de chamadas telefônicas subsequentes para esclarecer dúvidas (BURNS, 2011; VAZIRANI *et al.*, 2005). Um resultado semelhante também foi relatado por Schmalenberg e Kramer (2009), que avaliaram corridas de leito interdisciplinares em UTI's de 26 hospitais em 2003 e 34 hospitais em 2007 dentro dos EUA. O estudo relatou que a participação ativa de enfermeiros durante a corrida de leito poderia aumentar sua autoconfiança na comunicação com os médicos.

Na obra *Governo de si e dos outros*, Foucault (2011) assegura que os homens têm medo de caminhar com as próprias pernas e Kant (2005) alega que todo indivíduo vive uma situação de menoridade em algum momento ou fase de sua vida, e, isso pode acontecer tanto por comodismo como por oportunismo, medo ou preguiça. Na sequência, duas falas, de um enfermeiro e um médico respectivamente, nos conduzem a refletir sobre o que os autores dissertaram associado ao receio da culpabilidade.

[...], às vezes, o enfermeiro até pensa em algumas coisas, mas não fala por causa do plantonista. (E7)

Acho que **eu melhoraria a participação do enfermeiro nas corridas de leito**, falando especificamente do CTI, acho que::: ... é:::, o enfermeiro tem que fazer tanta coisa no CTI que às vezes ele não pode nem participar da corrida de leito e geralmente quando ele participa, ele é um MERO espectador, não é dada a palavra pra ele, nem ele muitas vezes se manifesta espontaneamente. (M2)

O primeiro trecho associa a omissão do enfermeiro ao comportamento do plantonista, entretanto, o saber confere ao sujeito autonomia e autoridade, lhe concedendo a possibilidade de se posicionar. Em sua fala, M2 diz que a participação do enfermeiro na corrida de leito é

incipiente, tanto pelo extenso volume de atividades, quanto pela passividade em se manifestar. Ser considerado um “*mero espectador*” pela equipe médica, imprime ao enfermeiro uma condição de indiferença, no qual sua atuação é percebida com banal, sem importância.

Confirmando o exposto pelo médico, apesar da comprovação de que as corridas de leitos interdisciplinares melhoram a relação entre médicos e enfermeiros, a sobrecarga de carga de trabalho e o tempo insuficiente do enfermeiro para realizar as suas atividades específicas, o distancia das rondas médicas (BURNS, 2011; MILLER *et al.*, 2008; ROSENSTEIN, 2002; WELLER; BARROWE; GASQUIONE, 2011). Burn (2011), observou que as taxas de participação dos enfermeiros nas corridas de leito declinaram após a quarta semana de implementação.

Então, em um sentido lógico, a quem nada tem para contribuir não é dada a palavra, bem como não lhe é concedida a oportunidade de externar e revelar seus conhecimentos. Silva (2006) confirma que o diálogo interdisciplinar no hospital é truncado e muitas vezes inexistente. Apesar disso, para Foucault (2011), o saber encoraja o sujeito a se mostrar, não sendo necessário, portanto, a concessão de espaço para um manifesto como demonstra a fala abaixo:

Então assim, aqui no início eu ficava / quando eu corria né, tinha corrida de leito, eu via que eles quase não olhavam pro enfermeiro, assim sabe, e::: **daí eu comecei a me POSICIONAR, levantar a mão, a falar o que eu percebia do paciente, né?! [...]** Então, eu percebi que houve uma receptividade, depois de um tempo, não foi de cara, né, tem médicos que eu consigo realizar um bom trabalho, porque eles trabalham em conjunto com a gente, isso eu acho que o paciente tem muito a ganhar. Então, assim, eu tenho pessoas, que EXIGEM mais de mim enquanto enfermeira, né, que eu posso dizer que aproveitam mais do meu conhecimento, né, e tem médicos que não. (E5)

A busca dos enfermeiros pela participação nas corridas de leito pode ser compreendida como uma tentativa de resgate por atividades que caracterizam a sua atuação no processo assistencial em sua essência, já que apesar de o enfermeiro gerenciar do cuidado de enfermagem, ele também o deveria executar. A fala deste enfermeiro representa que quando se tem conhecimento é de fato possível se posicionar sem medo ou receios, fazendo, dessa forma, circular o centro do poder. A confiabilidade em seu trabalho, nas suas opiniões e colocações surgiu com o tempo, conforme foi posto em seu discurso, porém, as oportunidades não foram perdidas por ele.

Subentende-se que este enfermeiro não se frustrou nem se intimidou diante do primeiro obstáculo e se manteve sua conduta de assumir sua posição, manifestar suas opiniões até que alcançasse o respeito e a confiança da equipe médica. Entretanto, o enfermeiro traz que, mesmo

apesar de demonstrar seu conhecimento e tentar ser ativa no processo, alguns médicos não favorecem o trabalho em equipe e a parceria entre eles, alguns médicos resistem ao saber do enfermeiro, e se mantem na condição de principal profissional da equipe assistencial. Em sua fala, o enfermeiro sinaliza que existem profissionais que demandam dele mais conhecimento, que exigem mais dele como profissional, anunciando que é possível o enfermeiro se manter oculto nas suas práticas. A fala abaixo corrobora o exposto:

[...] às vezes, é... tem médicos que, se você ficar o plantão inteiro sem procurá-lo, ele nem sabe quem é o enfermeiro que tá com ele, ele nem te procura, nem pergunta, nem nada. (E7)

Em consonância, outro discurso também sugere que o enfermeiro pode estar em uma zona de conforto, protegido pela supremacia médica, desobrigado a assumir o que deve ou não, na sua opinião, ser feito, sendo possível, não se posicionar, não se expor, atribuindo também ao médico, a responsabilidade de inseri-lo no processo terapêutico, se isentando da sua liberdade de fazer o poder circular.

... Olha ... eu acho que a gente poderia melhorar a questão da comunicação né, [...], é {o médico} CHAMAR o enfermeiro mesmo, prá ser mais ativo no dia a dia né [...]. (E12)

Ao ser questionado sobre o que melhoraria na relação médico-enfermeiro, novamente surge o desejo do enfermeiro em ser acionado pelo médico, transferindo para a equipe médica a obrigação de movimentá-lo, de afastar de si a menoridade, de ocupá-lo. Dessa maneira, infere-se que alguns enfermeiros não investem na circularidade do poder, em algumas situações, eles mesmo resistem à visibilidade e consideram o médico como preditor do cuidado reafirmando a supremacia médica como confirma a o discurso abaixo. A fala de E4 remete à comodidade do enfermeiro pela passividade e não exposição, se dispondo somente a executar o que foi determinando pelo médico, não tendo, ele mesmo, vínculo com esta decisão, por não ter, de certa forma, contribuído com ela.

[...] **o médico TEM QUE ser parceiro da equipe, ele tem que chegar, ele tem que mostrar o, primeiro o conhecimento que ele tem,** [...] além de tudo, é eles que toma decisões né, e diante das DECISÕES que eles tomam, a gente TEM QUE caminhar junto com eles. (E4)

Esta fala ratifica que aos olhos de todos, o médico deve ser inteligente, estudioso, sensível, seguro, inspirar confiança, saber dosar trabalho e lazer, estar sempre disponível, ser competente tecnicamente e saber compreender o paciente e equipe. Estas expectativas são

coerentes com o que a sociedade e os demais profissionais da saúde estabelecem como atribuições de um bom médico (JORGE NETO, 2013).

Historicamente as enfermeiras eram muitas vezes vistas como "servas" de médicos, enquanto os médicos eram concebidos como líderes da equipe de saúde (THOMAS; SEXTON; HELMREICH, 2003; VAZIRANI *et al.*, 2005). Nessa perspectiva, foi realizado um estudo intercultural para comparar as atitudes de colaboração entre 2522 médicos e enfermeiros dos EUA, México, Israel e Itália. O estudo relatou que, apesar das diferenças culturais, as enfermeiras demonstraram uma atitude significativamente mais positiva do que os médicos para o trabalho em equipe (HOJAT *et al.*, 2003). Porém, estudos confirmam que apesar de os enfermeiros estarem disponíveis para o trabalho em equipe, eles consideram os médicos com o poder na tomada de decisões terapêuticas (HANSSON *et al.*, 2009; HOJAT *et al.*, 2003).

Petri (2010) defende que médicos e enfermeiros deveriam possuir capacidade de decisão, responsabilidade e poder em mesmo nível. No entanto, em um estudo comparativo descritivo, Nelson *et al.*, (2008) relataram que os enfermeiros não se sentiam suficientemente confiantes ou assertivos para se comunicar e discutir em igualdade com os médicos. Hansson *et al.*, (2009) explicou que esse poder desigual poderia ser atribuído aos diferentes níveis de educação, status e prestígio que são exclusivos para cada profissão, como já visto anteriormente.

Confirmando nossos achados, outro estudo comparativo descritivo de Nair *et al.*, (2012) descobriu que os médicos tendem a dominar o processo de tomada de decisão terapêutica porque os próprios enfermeiros delegam este poder a eles (HANSSON *et al.*, 2009; HOJAT *et al.*, 2003; NAIR *et al.*, 2012). Como os enfermeiros tradicionalmente se curvaram ao gerenciamento de conflitos e de processos, permitiram que os médicos possuíssem maior autoridade na tomada de decisão clínica (NAIR *et al.*, 2012; TANG *et al.*, 2013).

As relações de poder sempre abrem possibilidade à resistência e, é em decorrência da possibilidade de resistir que não há dominação, mas sim uma luta perpétua e multiforme pela verdade (FOUCAULT, 2006). Estratégia de resistência é utilizada por Foucault (2006) para designar uma energia inversa, uma "escapada", um movimento para se livrar do avanço do poder, é o que motiva cada novo desenvolvimento das redes de poder. A resistência e a subversão são micropráticas de liberdade.

Para Foucault (2006) o poder não é onipotente ou onipresente, ao contrário. Significa que não se está inteiramente capturado em uma armadilha, pois, para o autor, não há relação de poder sem resistência.

É:::, **problema maior é quando os egos brigam né**, que o enfermeiro tá lá há muito tempo e aí ele não aceita que fale alguma coisa, ou o médico tá há muito tempo também e não aceita, eu acho que o problema maior QUANDO SE TEM, é problema de ego. (M4)

Nesta fala, o médico coloca que o conflito surge sob influência do contexto e da subjetivação dos sujeitos, demonstrando que ambos não aceitam certas colocações. O ego pode ser entendido como vaidade. Por vaidade, os profissionais rivalizam, um resiste à atitude do outro.

Assim como esta pesquisa, os estudos de Hughes e Fitzpatrick, (2010); Robinson *et al.*, (2010); Rosenstein (2002) demonstraram que médicos e enfermeiros reconhecem que o trabalho em equipe efetivo é essencial para melhorar a qualidade do cuidado do paciente. Dois estudos também identificaram que os médicos e os enfermeiros conferem importância ao trabalho em equipe para garantir a segurança do paciente, satisfação, recuperação mais rápida e menor taxa de mortalidade (MESSMER, 2008; ROSENSTEIN; O'DANIEL, 2005). No entanto, em várias partes dos EUA, houveram estudos de revisão integrativa que relataram que os enfermeiros atribuem mais valor à colaboração mútua entre eles e os médicos do que os médicos com eles (GARBER *et al.*, 2009; HUGHES; FITZPATRICK, 2010; ROSENSTEIN, 2002; THOMSON, 2007).

Na perspectiva das relações de poder, os hospitais, mais especificamente, os centros de terapia intensiva, locais de assistência à saúde de paciente criticamente enfermos, são considerados por Foucault (2014), como espaços fechados, onde os indivíduos estão inseridos num lugar fixo, onde os menores movimentos podem ser controlados, onde todos os acontecimentos são registrados ininterruptamente, é também o local onde o poder pode ser exercido sem divisão.

Embora historicamente o médico tenha ocupado um lugar determinante no processo de cura dos doentes, delegando aos demais profissionais um papel subordinado ao seu nos serviços de saúde, observa-se uma possível reviravolta nas relações de poder ocasionada por um modelo compacto de dispositivo disciplinar: o panóptico. Pelo panóptico, origina-se um constante e interminável governo de si e dos outros. A palavra panóptico é de origem grega e se refere àquilo que permite a visão de todos os elementos. Trata-se de um termo utilizado para intitular uma penitenciária de arquitetura ideal, concebida pelo filósofo utilitarista e jurista inglês Jeremy Bentham, em 1785. Em seu arquétipo, Bentham idealizou que um único vigilante pudesse observar todos os prisioneiros, sem que estes pudessem saber se estão ou não sendo observados.

Dessa maneira, foi idealizado um projeto de construção carcerária como um edifício circular, em que os prisioneiros ocupavam as celas, todas devidamente separadas, sem qualquer comunicação entre elas, sendo que os agentes de segurança ocupavam um espaço no centro, com perfeita visão de cada alojamento (FOUCAULT, 2014). Assim, o esperado é que os presos apresentassem bom comportamento por se sentirem continuamente observados.

Foucault (2014), utilizou o termo panóptico para fazer alusão à sociedade disciplinar, na qual, este dispositivo de controle é capaz de organizar unidades espaciais que permitem observar continuamente e reconhecer imediatamente. Logo, por se tratar de uma maneira de definir as relações de poder com a vida cotidiana dos homens, o panoptismo opera como categoria de análise que permite o controle permanente e a punição incessante.

Então, tem os protocolos, a questão de punção de acesso central [...]. Tem que cobrir o paciente todo, **se não tiver coberto, a gente pode comunicar com o coordenador médico!** Agora o SCIH até lançou no sistema, né, um documento que a gente enfermeiro preenche prá saber se o protocolo de uma punção tá sendo feito corretamente igual o coordenador orienta. [...] (E8).

A fala acima retrata a posição do enfermeiro sobre o médico quanto aos mecanismos de controle implantados no serviço para garantir efetividade dos processos normatizados. O enfermeiro relata sucintamente o que se espera que o médico faça durante uma punção de acesso venoso central e, caso o que esteja posto no protocolo como padrão não seja feito, pode comunicar a irregularidade ao coordenador médico.

Esta comunicação soa como denúncia e a possibilidade desta denúncia coloca o enfermeiro em um patamar diferenciado do médico plantonista, acima dele. Ao enfermeiro foi delegado o poder de vigiar, delatar e punir. Percebe-se que o poder circula, circula pelo domínio da norma e pela coerção. De acordo com o discurso, o mecanismo disciplinar de controle disponibilizou uma maneira do enfermeiro relatar se o procedimento está de acordo ou não, deixando registrado no sistema a falha e o desvio da regra. O registro do erro confere ao enfermeiro a posição de notificador da atividade médica e o sistema possibilita o acesso de todos os profissionais ao relatório. Dessa maneira, a estrutura gera exposição do profissional que falhou.

Pelo fato de induzir no sujeito um estado consciente e permanente de visibilidade, que assegura o funcionamento automático do poder, o panóptico é considerado um dispositivo disciplinar visível e inverificável. “Visível: sem cessar o detento terá diante dos olhos a alta silhueta da torre central de onde é espionado. Inverificável: o detento nunca deve saber se está

sendo observado; mas deve ter certeza de que pode sê-lo” (FOUCAULT, 2014; p. 195). Desse modo, o indivíduo entra em uma maquinaria no qual se vê tudo, sem nunca ser visto, automatizando e desindividualizando o poder, e, para Foucault (2014), pouco importa quem o exerce o poder, uma vez que, qualquer indivíduo poder fazer a máquina funcionar.

Quanto mais numerosos forem os observadores ocultos, maior é o risco de os indivíduos observados serem surpreendidos, causando uma inquietude perpétua, produzindo efeitos homogêneos de poder. Nesse sentido, quanto mais conhecimentos os sujeitos, potenciais observadores, possuírem, maior será a capacidade analítica dos mesmos examinarem os demais, maior será a sua capacidade de observação (FOUCAULT, 2014).

Existe aqui no CTI, por exemplo, uma::: toda quinta-feira, a aula que é feita pra eles {médicos}. **O enfermeiro nunca é convidado e a gente tem até vergonha de pedir**, porque, assim, eu acho que nós deveríamos, né, ser, assim, convidados né!? [...]. Então, eu acho que existe um mundo médico e um MUNDO do enfermeiro, [...] cada um no seu MUNDO... se desenvolvendo e ninguém compartilhando. (E1)

O discurso do enfermeiro explicita uma organização da equipe médica quanto ao desenvolvimento do conhecimento científico para a classe. Uma vez que, o enfermeiro nunca é convidado, pressupõe-se que as aulas são restritas ao corpo clínico, que de certa forma, retém o saber, o que lhes garante posição privilegiada nas relações. A ausência de convites para outros profissionais que não são médicos pode refletir uma forma de resistência médica em compartilhar conhecimento e uma negação ao trabalho em equipe.

As aulas para equipe médica nos serviços de saúde que possuem programa de residência como especialização de médicos é uma obrigatoriedade pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. A legislação regulamenta que os programas de Residência Médica deverão ter a duração mínima de um ano, que corresponderão ao mínimo de 1.800 (hum mil e oitocentas) horas de atividade. Além do treinamento em serviço, os programas de Residência Médica devem compreender um mínimo de quatro horas semanais de atividades sob a forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras sempre com a participação ativa dos alunos. Dessa maneira, as aulas são direcionadas especificamente aos médicos em formação.

Embora haja a possibilidade de cada área desenvolver aulas específicas para o seu campo de atuação como estratégia de Educação Permanente, percebe-se um maior empenho do corpo clínico nesse sentido, em decorrência da Residência Médica, regida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC). Em contrapartida, encontros científicos entre os diversos

profissionais da saúde seriam ideais para favorecer o desenvolvimento intelectual e técnico da equipe como um todo.

Se você pudesse melhorar alguma coisa na relação médico-enfermeiro, o que você melhoraria?

Mais reuniões, é::: em grupo né, multidisciplinares PRÁ VALER, prá um entender o mundo do outro e assim conseguir resolver mais os problemas. (M6)

Em seu discurso, o médico aponta a comunicação efetiva e a proximidade entre os profissionais como uma possibilidade de solucionar os problemas relacionais existentes, mas a questão do compartilhamento de saberes foi silenciada. Interessante observar que algumas colocações de enfermeiros e médicos se entrelaçam, pois, ao passo que o enfermeiro deseja ser convidado para as reuniões científicas dos médicos, o médico entrevistado relata que acha necessário reunir com os enfermeiros para uma aproximação de realidades como também explana Silva (2006).

Complementando o exposto, Vegesna *et al.*, (2016), encontraram visões conflitantes sobre o tema de educação interprofissional. Apesar de médicos e enfermeiros italianos apoiarem fortemente o trabalho em equipe e a interação entre estudantes de medicina e de enfermagem para promover uma melhor compreensão de seus respectivos papéis, os médicos apresentaram-se resistentes em discutir conhecimento científico.

Por outro lado, na contramão do resultado italiano, estudos americanos e australianos identificaram que, além do incentivo às corridas de leito interdisciplinares, capacitar os enfermeiros com conhecimento clínico para terem habilidades na tomada de decisão seria uma excelente alternativa para aproximar os profissionais (BURNS 2011; VAZIRANI *et al.*, 2005). McCaffrey *et al.*, (2010) divulgaram que programas interdisciplinares no qual médicos e enfermeiros compartilharam saberes, ajudou a promover amizades confortáveis, desenvolver habilidades de comunicação positivas, ensinou cada um a aceitar a perspectiva dos outros sobre a condição dos pacientes e priorizar atendimento em equipe ao paciente.

Ao passo que o sujeito tem consciência de que está submetido a um campo de visibilidade, ele mesmo retoma as limitações do poder, fazendo-as atuar espontaneamente sobre si mesmo, instaurando voluntariamente em si a relação de poder na qual ele desempenha simultaneamente os dois papéis, tornando-se o princípio e a fonte de sua própria sujeição. Dessa maneira, pode-se dizer que a visibilidade é uma armadilha (FOUCAULT, 2014).

Eu já tive médicos que eu tive dificuldade em trabalhar, porque vê o enfermeiro como mero ADMINISTRADOR ou alguém que, às vezes é até uma pessoa CHATA [...] (E5)

Em seu discurso, o enfermeiro confirma que alguns médicos vinculam o enfermeiro à burocracia e associam a burocracia como algo chato, logo consideram os enfermeiros pessoas desagradáveis. Este trecho permite que se faça uma associação com o fato de os enfermeiros representarem para os médicos a personificação da vigília, a possibilidade de exposição pela falha e o estímulo à punição. Isto posto, o trabalho isolado pode ser compreendido como uma estratégia de resistência médica proporcionada por uma estrutura panoptica.

Segundo Foucault (2014), o panóptico atua como um aparelho de controle sobre seus próprios mecanismos, pois não isenta nenhum sujeito do olhar vigilante, expondo inclusive as lideranças a uma posição igualitária com relação à possibilidade de serem observados e analisados. O Panóptico funciona como uma espécie de laboratório de poder por penetrar no comportamento dos homens, atuando como uma jaula cruel e sábia que se abstrai de qualquer obstáculo, resistência ou desgaste (FOUCAULT, 2014).

Eu acredito que uns {médicos} às vezes não têm ... noção do potencial que você tem e do tanto que você conhece, né?! Tem uns que às vezes, quando você fala alguma coisa sobre a doença ou tratamento, fica até, tipo assim, igual eu ouvi uma fala né, recente: -Eu não sabia que você sabia sobre essas coisas! [...]. Então eu acredito que alguns sejam por isso, e outros porque acham que só eles que detém o saber: -Isso aqui só eu que sei! [...]. Então eu consigo isso de alguns {trabalho em equipe}, dos outros não. (E5)

Em seu discurso o enfermeiro apresenta como alguns médicos se surpreendem perante o conhecimento científico do enfermeiro. O espanto médico provocado pela profundidade do saber do enfermeiro pressupõe que, o enfermeiro ser assertivo em suas ponderações não seja uma situação habitual e corriqueira no cotidiano dos serviços de saúde. E, novamente, não generalizando, existem os médicos que não se sujeitam ao conhecimento alheio por questões que o discurso não elucidam. Fica subentendido que o médico domina o saber biológico e o enfermeiro domina a burocracia.

De acordo com Foucault (2014), o Panóptico é polivalente em suas aplicações e no ambiente de trabalho, é capaz de fazer as pessoas mudarem comportamento. É um tipo de implantação de corpos no espaço, de distribuição de indivíduos em relação mútua, de disposição dos centros de poder, de definição de instrumentos e de modos de intervenção que se podem utilizar nos hospitais.

O risco que a visibilidade oferece ao sujeito inserido no panóptico, pode interferir sobremaneira nas condutas e posturas adotadas, pois o panoptismo clarifica que, lutar pela verdade de forma isolada talvez seja perigoso. Para Martins e Robazzi (2009), o profissional sempre busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer por meio de um processo praticamente interno, já que ele geralmente não consegue mudar a pressão imposta pela organização do trabalho. Dessa maneira, ao passo que resistir ao trabalho em equipe seja uma tática para reduzir as possibilidades de vigília do enfermeiro sobre o médico, o trabalho isolado também pode significar uma maior exposição e uma maior responsabilidade para o sujeito, como demonstra a fala abaixo de um médico:

[...] **uma boa relação diminui a chance de erro, tanto do médico em PRESCREVER alguma coisa, quanto em conseguir perceber pequenas alterações,** que talvez é mais fácil para o enfermeiro enxergar [...] porque ele tem CONHECIMENTO TÉCNICO né?! Isso é importante prá gente é agir mais rápido. (M4)

Nesse discurso, o médico não delega poder e autonomia ao enfermeiro, conferindo-lhe uma visibilidade gratuita. Ao fracionar a responsabilidade pelas suas condutas, confere ao enfermeiro o peso de suas decisões. Fica posto que a equipe de enfermagem deve trabalhar para o sucesso do trabalho do médico.

O impacto negativo de erros médicos na segurança do paciente é um problema sério. Os erros médicos são uma das principais causas de morte nos Estados Unidos. Quase 100 mil pacientes morrem anualmente devido a erros médicos (ROSS, 2008). De acordo com os relatórios das agências de acreditação de saúde, a má comunicação entre os cuidados de saúde profissionais é uma das causas mais comuns de erros assistenciais sobre os pacientes (SIEGELE, 2009; TSCHANNEN *et al.*, 2011).

O mecanismo de ver é uma espécie de alcova escura em que se examinam os indivíduos, se tornando um edifício transparente onde o exercício do poder é controlável pela sociedade inteira (FOUCAULT, 2014). Nesse sentido, o fato de qualquer pessoa ser capaz de exercer o poder pela vigilância, impulsiona que este poder transite e circule. Assim, confirmamos que a visibilidade, por ser um fardo e ter seus encargos, o trabalho em equipe, torna-se uma opção bastante viável para contornar os possíveis efeitos deletérios do panóptico.

{risos} Bom, [...] eu já tive situações aonde o médico começou a colocar prá mim tudo que ele já tinha pensado em termos de raciocínio, porque o paciente não tava tendo uma evolução favorável, e daí ele foi me perguntar: - (XX) o que o você acha? Eu esqueci de alguma coisa? **Ou seja, ele tava me USANDO pra ajudar ele no raciocínio** [...]. (E5)

O fato da fala ter se iniciado com risos remete que o enfermeiro recebeu a demanda médica com estranheza, desconfiança, por não se tratar de uma situação comum para ele. Este discurso corrobora que a responsabilização compartilhada seja uma alternativa para se esquivar da opressão ocasionada pela veladura contínua. Contudo, não se pode afirmar que não haja um reconhecimento da equipe médica ao enfermeiro que revela seu potencial, que exhibe seu saber, que mostra suas competências. Assim como o poder circula pelo saber, a possibilidade de ramificar as responsabilidades também acontece porque o conhecimento está localizado em diferentes corpos.

Confirmando nossos dados, há evidências que sugerem que os relacionamentos médico-enfermeiro estão de fato melhorando e se movendo lentamente para uma natureza amigável, respeitosa ou colaborativa (KRAMER; SCHMALENBERG, 2003; SCHMALENBERG; KRAMER, 2009). O estudo de Lancaster *et al.*, (2015) produziu resultados semelhantes que sugerem que o antigo relacionamento subserviente entre médicos e enfermeiros melhoraram, uma vez que, muitos médicos já reconhecem a importância do conhecimento e da perícia do enfermeiro.

O panoptismo permite aperfeiçoar o exercício do poder por exercer uma pressão constante como inibidor de falhas, metaforicamente comparado ao “Ovo de Colombo”, por referir-se a uma solução muito difícil de se chegar, mas que quando revelada mostrou-se, paradoxalmente, óbvia e simples. Assim, o panóptico se integra a qualquer função, constitui um mecanismo misto no qual as relações de poder e saber se ajustam aos processos que precisam ser controlados. É uma maneira de manobrar das relações de poder em uma função, e uma função para essas relações de poder (FOUCAULT, 2014). Foucault, encontrou no Panóptico de Benjamin Bentham o Cristovão Colombo da política (FOUCAULT, 2006).

[...] **um completa o serviço do outro mesmo, né.** Todos têm sua importância e são necessários no ambiente, então, eu acho que a gente tem que respeitar né..., trabalhar junto mesmo. (M3)

É de uma relação de equipe mesmo, de um ajudar o outro / de ajudar tanto no diagnóstico, no procedimento, na impressão do paciente, é::: então, eu acho que dessa forma fica um trabalho interessante. (M8)

A fala dos médicos possibilita encerrar o ciclo de análises sobre a circulação do poder, pois, denota a importância do trabalho em equipe, confere crédito ao enfermeiro e indica uma neutralidade da supremacia médica. As práticas de médicos e enfermeiros perpassam toda uma trama composta por estratégias de sobrevivência profissional, no qual, em um momento busca-se a visibilidade e em outro, esconde-se dela.

Corroborando nosso resultado, existem estudos comparativos que teorizam plenamente que a qualidade dos cuidados prestados é diretamente proporcional a qualidade da relação dos profissionais de saúde. A falta de cooperação e colaboração dificultam a eficiência assistencial. Subsequentemente, apesar de ser um desafio trabalhar em conjunto, é essencial que médicos e enfermeiros encontrem maneiras de serem parceiros para suprir com primazia as necessidades de cuidados do paciente crítico. Entretanto, a colaboração interdisciplinar somente pode ser eficaz quando os profissionais compreendem claramente os papéis uns dos outros (PARADIS, *et al.*, 2015; VEGESNA *et al.*, 2016; TANG *et al.*, 2013; LANCASTER *et al.*, 2015; BOEV; XIA, 2005).

Historicamente há um esforço médico pela manutenção da supremacia no contexto social e econômico da saúde. Assim sendo, o fato de a equipe médica assumir a importância do enfermeiro em sua prática, pode ser concebido, não somente como a sujeição do médico ao trabalho em equipe, mas também como uma estratégia de resistir aos efeitos dos dispositivos disciplinares. O poder pode circular naturalmente pelo saber e intencionalmente pela necessidade de se proteger.

Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas considerações devem ser feitas à conclusão deste estudo. É importante ressaltar que o desenvolvimento desse estudo possibilitou uma percepção mais ampla sobre a complexidade da rede de relações de poder que se constitui entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar, bem como as dimensões práticas alcançadas por essas relações ao longo da estrutura de um serviço de terapia intensiva.

Deve-se considerar que, tendo sido utilizada a metodologia de análise de discurso, as questões ora apresentadas são aplicáveis, especificamente, ao cenário específico do estudo. Essa metodologia não é passível de generalização ou aplicabilidade a outros contextos, apesar das similaridades que os CTI's guardam entre si, de forma geral, já que se trata de um setor presente em todos os hospitais de médio e grande porte do mundo.

Como o instrumento desse estudo é a opinião de pessoas, sujeitos localizados no tempo e no espaço não existem certezas nas análises dos discursos, pois elas se encontram diluídas. No desenvolver desse trabalho, foi observado que não é possível estudar a identidade dos indivíduos sem levar em consideração o contexto social em que eles se formaram e se encontram inseridos. E é esse conjunto de fatores que estruturam a capacidade de submeter-se a normas, compartilhar saberes e lutar pelo poder. Esse estudo possui várias limitações: a pesquisa foi conduzida em uma única instituição de saúde, o fator tempo representou uma importante barreira em sua continuidade e ainda é importante ressaltar que a analítica construída é parcial, inacabada, e que parte apenas de um olhar, portanto não é uma verdade absoluta e não busca conferir linearidade.

A avaliação dos dados empíricos na perspectiva Foucaultiana permitiu refletir sobre a configuração das práticas de saúde entre médicos e enfermeiros. Essa reflexão perpassa questões socioeconômicas, históricas, culturais e de gênero, que influenciam a formação identitária do sujeito, o desejo pela visibilidade, sua aceitabilidade à disciplina e a busca da movimentação do poder pelo saber.

Sob essa perspectiva pode-se concluir que o hospital se configura como um local ideal para manutenção dos jogos de poder, entretanto está longe de ser o ideal para o campo da saúde, visto que, se deseja um trabalho horizontalmente constituído na garantia de melhores práticas terapêuticas.

Assim, as relações entre médicos e enfermeiros no contexto hospitalar foi o objeto central dessa dissertação e o centro de terapia intensiva o cenário, local no qual há a necessidade de comunicação entre os profissionais para alcançar um melhor resultado assistencial. No entanto, foi possível perceber que a lacuna no diálogo impossibilita médicos e enfermeiros a atuarem em equipe e fragmenta o cuidado.

Percebeu-se que as relações entre médicos e enfermeiros são eminentemente problemáticas, assim como, também ocorre tensão e disputa de poder entre os próprios médicos, e ausência de unidade entre os enfermeiros, que está alienada ao cuidado direto do paciente. A dificuldade relacional e a falta de comunicação entre os profissionais de saúde resultam em perda da qualidade do atendimento ao paciente, e contribui para um ambiente pouco aliciador de satisfações no exercício profissional.

Observou-se que o ambiente do CTI influencia sobremaneira as relações, pois por se tratar de uma área crítica demanda atenção concentrada, habilidade técnica e relacional, conhecimento e agilidade de todos os profissionais da equipe. O clima interno do setor varia de acordo com cada plantão, não havendo, portanto, regularidade de tensão e tampouco de descontração ao longo do tempo.

Nessa ótica, é desejável que os gestores de instituições hospitalares dispensem devida atenção aos profissionais que assistem aos pacientes críticos, pois a eles é atribuída a responsabilidade de prestar cuidados seguros e de qualidade em um ambiente de caráter hostil. Por isso, acredita-se que estudos como esse contribuem para uma melhor avaliação da realidade do ambiente hospitalar, bem como possibilitam reflexões sobre atitudes individuais e coletivas. Espera-se que, conhecendo a problemática, seja possível o desenvolver atividades que promovam uma melhor interação entre médicos e enfermeiros.

Na perspectiva pós-estruturalista de Foucault, os resultados do estudo demonstraram que a identidade, a disciplina e circulação do poder são elementos entrelaçados e interdependentes que se misturam em um movimento contínuo de subjetivação do sujeito. Por sua vez, o sujeito estruturado, utiliza-se do seu discurso como estratégia de persuasão para transformar e modificar o ambiente por meio de suas relações.

Sendo o pós-estruturalismo a concepção de múltiplas verdades, a maneira com que se enxerga o mundo depende das experiências e relações vivenciadas, depende de uma perspectiva. Nessa lógica, percebeu-se que os personagens deste estudo se fundem de acordo com os seus interesses.

A ambiência depende diretamente dos profissionais presentes no cotidiano do setor, do perfil dos pacientes internados e da gravidade dos mesmos. Isso ocorre, uma vez que, pacientes com risco iminente de morte demandam maior complexidade de procedimentos invasivos e, por consequência, aperfeiçoa a proximidade das equipes, que se não estiverem bem alinhadas, vivenciam embates durante o ato de cuidar. Isso ocorre porque nem todos os profissionais médicos e enfermeiros do setor têm conhecimento dos processos e rotinas do serviço e não se encontram nivelados no que diz respeito a conhecimento técnico-científico, gerando desgaste para os profissionais de ambas as categorias.

Durante o estudo, foi possível perceber o movimento circular que o poder assume nas práticas dos médicos e enfermeiros do CTI. Embora exista uma estrutura formal bem definida e reconhecida pelos trabalhadores do setor, as relações assumem amplitude e complexidade que extrapolam esses limites formalmente estabelecidos, evidenciando tensões que emergem nas práticas cotidianas.

Os discursos mostram que em geral a equipe médica não possui intimidade com as normas institucionais, sendo os enfermeiros os principais norteadores desse processo por vários motivos identificados: iniciativa própria, por serem mais disciplinados, pelo vínculo empregatício ou por determinação da própria instituição. Contudo, poucos enfermeiros não evidenciam, em seus discursos, segurança quanto ao conhecimento técnico exigido pela profissão, por exemplo, principalmente no momento de comunicar alterações hemodinâmicas aos médicos, executar procedimentos invasivos ou até mesmo ao auxiliá-los.

Há que se considerar que o conhecimento é inseparável das práticas, assim como também é inseparável dos elementos que as constituem, tais como: normas, fazeres e discursos. Assim, a inserção no campo de estudo permitiu uma aproximação com a sua realidade. Durante a pesquisa percebeu-se que o dispositivo disciplinar no ambiente hospitalar não é bom ou ruim, mas pode gerar efeitos negativos ou positivos nas relações. Nesse raciocínio, todo poder é relacional, e a UTI é um campo de múltiplos combates estratégicos, pois produz disputas por verdades. A relação de poder, portanto, se estabelece na conduta e se legitima na prática. Contudo, o estudo aprofundado sobre as considerações Foucaultianas, clarificou que o próprio

Foucault delega supremo poder ao médico ao citá-lo constantemente em suas obras como ícone do desenvolvimento dos mecanismos de poder nas instituições hospitalares.

Dessa maneira, diante do triângulo de Foucault (poder— direito — verdade), percebeu-se que os enfermeiros desejam ser acionados pelos médicos, porém, os médicos esperam que os enfermeiros sejam mais ativos em suas múltiplas atividades. É nas relações estabelecidas a partir do binômio poder/saber que se estrutura um desconforto, a assimetria das relações profissionais, percebido em muitos momentos da pesquisa. Essa assimetria aparece fortemente marcada pela diferenciação por classe profissional, de modo que, para os enfermeiros, quanto mais inserido ele estiver em atividades administrativas, maior a sua possibilidade de ocupar posições de superioridade nas relações. Aparece, também, em relação à posição ocupada na estrutura pelo médico que mantém a sua posição de supremacia pelo domínio do conhecimento técnico e científico, não atribuindo valor às normas institucionais e retendo saberes. Nessas relações, estabelecem-se naturalmente relações de dominantes e dominados. Essa forma de estabelecimento de posições, em uma estrutura vertical e pouco flexível, ainda se mostra muito presente nas relações profissionais do CTI, embora suscite incômodo tanto relacionado ao ponto mais forte quanto ao mais fraco da relação.

É importante considerar que seria impertinente acreditar que todas as respostas e soluções possam ser encontradas a partir desse estudo. Além disso, considerando a complexidade da relação de poder entre médicos e enfermeiros ainda se faz necessário o desenvolvimento de outros estudos que possam ampliar a compreensão desse fenômeno, e que venham a complementar as discussões até o momento apresentadas. Espera-se que o benefício em ponderar as fragilidades referentes ao ambiente de trabalho seja revertido na qualidade da assistência, porque se médicos e enfermeiros estiverem constantemente sob estresse não haverá possibilidade de uma boa atuação, levando-os ao desinteresse profissional e expondo o paciente sob seus cuidados ao risco assistencial. Em resumo, este trabalho abre perspectiva para outras pesquisas que associadas a ele poderão contribuir para melhores práticas de saúde entre médicos e enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva.

Referências

REFERÊNCIAS

AMESTOY, Simone Coelho et al. As percepções dos enfermeiros acerca da liderança. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 4, p.617-624, dez. 2009. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v30n4/a06v30n4.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2016.

AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. O cuidado de si para o cuidado do outro. **Revista Bioethikos**, Ipiranga, v. 4, n. 7, p.437-441, nov. 2013. Disponível em: <<https://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/155557/a09.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

AMORIM, Maria Cristina Sanches; FREDERICO, Ronaldo. Criatividade, inovação e controle nas organizações. **Revista de Ciências Humanas: EDUFSC**, Florianópolis, v. 42, n. 1, p.75-89, abr. 2008. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <http://www.allameda.com/www/saudebr/Criatividade_inovacao_e_controle_nas_organizacoes.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

AMORIM, Maria Cristina Sanches; PERILLO, Eduardo Bueno. Formação do complexo médico hospitalar: contribuições da história econômica para a compreensão de problemas atuais. In: SÃO PAULO. Maria Cristina Sanches Amorim. Fiesp. **Para entender a saúde no Brasil 2**. São Paulo: Lctec, 2007. p. 42-57.

AREND, Jonathan et al. The Patient-Centered Medical Home: History, Components, and Review of the Evidence. **Mount Sinai Journal Of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine**, [s.l.], v. 79, n. 4, p.433-450, jul. 2012. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/msj.21326>.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Vol. 1, N.1. Brasília-DF: ANVISA, jan-jul de 2011.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA. **AMIB 2009: REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**. 1 ed. São Paulo, 2009. 19 p. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/fileadmin/RecomendacoesAMIB.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface** 2003; 8(14): 73-92.

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; RAMOS, Flávia Regina Souza. Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. **Texto e Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p.55-63, 24 out. 2006. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea06.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016.

BACKES, Marli Terezinha Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.411-418, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

BAUER, Martim W.; AARTS, Bas. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, Martim. W.; GASKELL, George. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 2. ed. Petrópolis. 2003.

BAUMAN, Zygmunt. **Identidade**: Entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. 110 p. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Disponível em: <<https://identidadesculturas.files.wordpress.com/2011/05/bauman-zygmunt-identidade.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BAZZARELLI, Ítala Maria; AMORIM, Maria Cristina Sanches. Gênero, Representação Simbólica e Origem Social nos Conflitos entre Médicos e Enfermeiras. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 10, n. 9, p.75-89, jun. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v10n19/v10n19a07.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

BELLAGUARDA, Maria Lígia dos Reis et al. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 2, p.180-183, jan. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/130/111>>. Acesso em: 05 jan. 2018

BOEV, Christine.; XIA, Yinglin.. Nurse-Physician Collaboration and Hospital-Acquired Infections in Critical Care. **Critical Care Nurse**, [s.l.], v. 35, n. 2, p.66-72, 1 abr. 2015. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2015809>

BORBA, Gustavo Severo de; KLIEMANN NETO, Francisco José. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n.1, p.44-60, 2008. Quadrimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/05.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2016.

BORDIN, Tamara Maria. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. **Saberes**, Natal, v. 1, n. 10, p.225-235, nov. 2104. Disponível em: <<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/5088-15376-1-PB.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2016.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Constituição (1977). Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. **Regulamenta a residência médica, cria a comissão nacional de residência médica**. 1. ed. Brasil, BR: Câmara dos Deputados, 05 jul. 1977. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-actualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

BRASIL. Constituição (1998). Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998. **CONSULTA PÚBLICA. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo**. 1. ed. Brasil, BR: Ministério da Saúde, 04 jun. 1998. Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

BRASIL. Constituição (2002). Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de S=saúde**. 1. ed. BRASIL, BR: Anvisa, 21 fev. 2002. p. 1-144. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Constituição (2004). Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004. **Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados**. 2. ed. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, BR, 21 set. 2004. p. 1-7. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html>. Acesso em: 04 jan. 2018.

BRASIL. Constituição (2007). Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. **Reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2. ed. Brasil, MG: COFEN, 08 fev. 2007.

BRASIL. Constituição (2010). Resolução da Diretoria Colegiada nº 07, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva**. 1. ed. Brasil, BR: Anvisa, 24 fev. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Eugênio Vilaça Mendes. Organização Pan-americana de Saúde. **As redes de atenção a saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2016.

BRASIL. Constituição (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

BRASIL. Constituição (2013). Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. **Dispõe sobre o exercício da medicina**. 1. ed. Brasil, BR: CFM, 10 jul. 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12842-10-julho-2013-776473-veto-140401-pl.html>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

BRASIL. Constituição (2016). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, DF, 24 mai. 2016. Seção 1. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

BRASIL. Constituição (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS)**. 2. ed. BRASIL, BR: Ministério da Saúde, 21 set. 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BURNS, K. Nurse-physician rounds: a collaborative approach to improving communication, efficiencies, and perception of care. **Med Surg Nurs**, Wayne, v. 20, n. 4, p.194-199, jul. 2011.

BUJAK, J S; BARTHOLOMEW, K. Transforming physician-nurse communication. Deteriorating relationships must be reversed for the benefit of patients, staff and the organization. **Healthc Exec**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.56-59, jul. 2011.

BYNUM, William. História da Medicina. In: BYNUM, William. **Os tipos de medicina**. Londres: L± Pocket, 2011. Cap. 1. p. 11-20. Disponível em: <http://www.lpm-editores.com.br/site/default.asp?Template=../livros/layout_produto.asp&CategoriaID=736390&ID=392616>. Acesso em: 10 jul. 2017

CAMELLO, Maurílio José de Oliveira. A QUESTÃO DA VERDADE NA FILOSOFIA. **Theoria**, Pouso Alegre, v. -, n. -, p.1-10, 06 fev. 2009. Disponível em: <http://www.theoria.com.br/edicao0109/A_questao_da_verdade_na_Filosofia.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

CAMPOS, Maria Auxiliadora. O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **J. Bras. Psiq.**: Campinas, 41 (6):255-257, 1992.

CAPELLE, M. C.; GOSLING, M. Análise de conteúdo e análise de discurso em ciências sociais, Mimeo. 2004.

CARNEIRO, Virgínia Conceição Vasconcelos. A Análise do Discurso como instrumento de pesquisa para os estudos em Sustentabilidade. In: III ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 3., 2011, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Anpad, 2011. p. 1 - 11. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEPQ/enepq_2011/ENEPQ81.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2016.

CASSIRER, Ernst. **Antropologia Filosófica**: ensaio sobre o homem. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1977. Tradução Dr. Vicente Félix de Queiroz. Disponível em: <http://gepai.yolasite.com/resources/CassirerEnsaiosobreohomem_texto.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2017.

CAVALCANTI, Maria Conceição Sousa et al. A evolução da enfermagem: um recorte histórico, político e cultural. In: congresso brasileiro de enfermagem, 17., 2014, Belém. **In.** Belém: CBCENF, 2014. p. 1 - 10. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I53331.E12.T10220.D8AP.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

CATON, S. C. Contributions of Roman Jakobson. **Annual Review of Anthropology**, v. 16, p. 223-260, 1987.

CAVALHEIRO, Ana Maria. **Estresse em enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva**. 2008. 141 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Clínica Médica, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp078375.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

CESPEDES, Lais Del Moro et al. Estudo da adesão de trabalhadores com acidentes de trabalho notificados. **Revista Cogitare Enfermagem**. 2010. p. 245-9. Disponível em: <<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/17854-63235-2-PB.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018

CFM (Brasil) (Org.). **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**. 2010. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

CIAMPA, Antônio da Costa. **A estória do Severino e a história da Severina**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

CHARMAZ, K. Amostragem teórica, saturação e classificação. In: _____. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 134-168.

CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro et al. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p.654-661, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a03.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

COOMBS, Maureen. Power and conflict in intensive care clinical decision making. **Intensive And Critical Care Nursing**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.125-135, jun. 2003. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0964-3397\(03\)00040-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0964-3397(03)00040-5).

COOMBS, Maureen; ERSSER, Steven J.. Medical hegemony in decision-making - a barrier to interdisciplinary working in intensive care? **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 46, n. 3, p.245-252, maio 2004. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.02984.x>.

CORNELSEN, Elcio Loureiro. Análise do discurso no âmbito dos estudos organizacionais: uma abordagem teórica. In: CARRIERI, Alexandre de Pádua et al. **Análise do Discurso em Estudos Organizacionais**. Curitiba: Juruá, 2009. Cap. 1. p. 21-44.

COSTA, Gabriela Maria C. et al. Uma abordagem da atuação histórica da enfermagem em face das políticas de saúde. **Reme – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 4, n. 10, p.412-417, dez.

2006. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I53331.E12.T10220.D8AP.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

COSTA, Roberta et al. Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.629-637, dez. 2008. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/02.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2016.

COSTA, Laís Miranda Crispim. et al. Produção de pesquisa histórica relativa a criação de cursos de graduação em enfermagem: uma revisão integrativa. **Hist. Enf. Rev. Eletr (HERE)**, v. 3, n. 1, p. 1-16, 2012. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo1.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2017.

DANTAS, Rodrigo Assis Neves et al. Paradigmas no cuidar em saúde e sua relação com as teorias de enfermagem: um ensaio analítico. **Rev Enferm UFPE On Line**, Pernambuco, v. 4, n. 2, p.467-475, abr. 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/6178-11106-1-PB.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

DEMO, Pedro. **Avaliação Qualitativa**. 8. ed. Campinas: Autores Associados, 2005. 109 p.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics: With an Afterword by and an Interview with Michel Foucault**. 2. ed. Chicago: The University Of Chicago Press, 1983. 299 p. Disponível em: <https://monoskop.org/images/d/d4/Dreyfus_Hubert_L_Rabinow_Paul_Michel_Foucault_Beyond_Structuralism_and_Hermeneutics_2nd_ed.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

DUBAR, Claude. **Para uma teoria sociológica da identidade**. *Em A socialização*. Porto: Porto Editora, 1977.

ERASGA D. S. **Methodological promises of discourse analysis in Philippine environmental research**. *Pacific Asia Inquiry*, 3(1), 116-131, 2012.

ERDMANN Alacoque Lorenzini, et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jan.-fev. 2013. Acesso em: 19 nov. 2016. ;21(Spec):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf.

FARIA, Antônio Augusto Moreira da; LINHARES, Paulo de Tarso Frazão Soares. O preço da passagem no discurso de uma empresa de ônibus. In: MACHADO, Ida Lúcia. **Análises de discursos: Sedução e persuasão**. 10. ed. Belo Horizonte: Napq - Fale, 1993. Cap. 3. p. 32-38.

FARIA, Ederson de; SOUZA, Vera Lúcia Trevisan de. Sobre o conceito de identidade: apropriações em estudos sobre formação de professores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.35-42, jun. 2011. Semestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v15n1/04.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2017.

FERREIRA, Letícia Corrêa Magalhães; GARCIA, Fernando Coutinho; VIEIRA, Adriane. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 11, n. 6, p. 31-54, 2010.

FERREIRA, Felipe Trindade. Gestão em saúde:: a importância da qualificação administrativa na atuação de gestores em instituições de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 11., 2015, Rio de Janeiro. **Anais...** . Rio de Janeiro: Latec/uff, 2015. p. 1 - 13. Disponível em: <http://www.inovarse.org/sites/default/files/T_15_021M.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2017.

FERREIRINHA, Isabella Maria Nunes; RAITZ, Tânia Regina. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 44 (2):367-83, mar./abr.2010.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 4, p.965-971, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/15.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Foucault e o desejável conhecimento do sujeito**. Educação e realidade, v. 24, n.1, p.39-59, jan./jun; 1999.

FOGAÇA, Monalisa de Cássia et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, p.261-266, ago. 2008. Disponível em: <<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/v20n3a09.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 19. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. 241p. Tradução Roberto Machado. Disponível em: <https://2015/07/foucault-m-o-nascimento-da-clc3adnica.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 1. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 302 p. 1ª Reimpressão.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia saber e poder**. Coleção: Ditos & Escritos v. VI. Organização e seleção de textos: Manoel Barros da Motta. Tradução Vera Lúcia Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal; 2002.

FOUCAULT, Michel. **Nietzsche, Freud e Marx**. 2 ed. São Paulo: Landy, 2005.

FOUCAULT, Michel. **O governo de si e dos outros**. 1 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

FOUCAULT, Michel. The confession of the Flesh. In: Gordon C, editor. Power/knowledge: selected interviews and other writings. New York: Pantheon; 1980. p. 194-228.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade I: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

FOUCAULT, Michel. A história da sexualidade II: o uso dos prazeres. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1998.

FOUREZ, Gerard. A construção das ciências: introdução à filosofia e a ética das ciências. São Paulo: UNESP; 1995.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 573-579, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0573.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

GARBER, Jeannie Scruggs et al. Attitudes towards collaboration and servant leadership among nurses, physicians and residents. **Journal Of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.331-340, jan. 2009. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820902886253>

GEOVANINI, Telma (et.al.) **História da Enfermagem: versões e Interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

GLASER, B. G. The grounded theory perspective: conceptualization contrasted with description. Mill Valley: The Sociology Press, 2001.

GODOI, C. K. Possibilidade de Análise do Discurso nos Estudos Organizacionais: a Perspectiva da Interpretação Social dos Discursos. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL D EPÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, XXIX. Brasília. **Anais...** Brasília, ANPAD, 2005.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho**. 1979. 218 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979. Disponível em: <https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/07/ricardo-bruno_-_rac3adzes-sociais-do-trabalho-mc3a9dico-1.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2017.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992. 53p. (Cadernos CEFOR). Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/61303995/Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades>>. Acesso em: 16 maio 2016.

GONÇALVES, Paulo Cesar et al. Desenvolvimento de cenários: um exercício no setor hospitalar no estado de São Paulo - brasil. **Alcance**, Itajaí, v. 18, n. 4, p.448-465, out. 2010. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/ra/article/viewFile/1422/2100>>. Acesso em: 17 nov. 2107.

GONDIM, Roberta (Org.). Organização da atenção. In: _____ Qualificação de gestores do SUS. 2ed. Rio de Janeiro: Quattri Design EAD/Ensp, 2011. 480 p. 4 cap. p.93-120. Disponível em: < <https://pt.scribd.com/doc/92174603/Livro-Qualificacao-de-gestores-do-SUS-EAD-ENSP>>. Acesso em: 16 maio 2016.

HANSSON, Anders et al. Working together — primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. **Scandinavian Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 38, n. 1, p.78-85, 17 set. 2010. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1403494809347405>.

HAWRYLUCK, Laura A. et al. Pulling Together and Pushing Apart: Tides of Tension in the ICU Team. **Academic Medicine**, [s.l.], v. 77, n. 10, p.73-76, out. 2002.

HOJAT, Mohammadreza et al. Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factor scores of the Jefferson scale of attitudes toward physician–nurse collaborative relationships. **Nursing Studies: Elsevier**. [s.l.], p. 427-435. Maio 2003.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1986 p.

HUGHES, Barbara; FITZPATRICK, Joyce J. Nurse-physician collaboration in an acute care community hospital. **Journal Of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 24, n. 6, p.625-632, 31 ago. 2010. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820903550804>.

HUNTER, Cynthia Louise et al. Learning how we learn: an ethnographic study in a neonatal intensive care unit. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 62, n. 6, p.657-664, jun. 2008. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04632.x>

IGOR, Erick. Formação da identidade profissional de enfermagem: uma reflexão teórica. **Revista de Psicologia: UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.967-971, set. 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n3/artigos/pdf/v10n3a20.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

JORGE NETO, Alfredo Demétrio. Identidade Profissional e as Humanidades na Famed/UFU. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 37, n. 2, p.266-274, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/15.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

JORGENSEN M.; PHILLIPS L. J. **Discourse Analysis as theory and Method**. London: Sage Publications Ltd. 2002.

KANT, Immanuel. **Resposta a pergunta: Que é esclarecimento?** Textos Seletos. Tradução Floriano de Sousa Fernandes. 3 ed. Editora Vozes: Petrópolis, RJ. 2005. Pg. 63-71.

KESECIOGLU, Jozef. Improving the patient's environment: the ideal intensive care unit. **Médecine Intensive Réanimation**, Paris, v. 24, n. 2, p.341-343, dez. 2015. Disponível em: <https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/1501-Reanimation-Vol24-N1S2-p341_343.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

KRAMER, Marlene; SCHMALENBERG, Claudia. Securing “good” nurse/physician relationships. **Nursing Management**, [s.l.], v. 34, n. 7, p.34-38, jul. 2003

LANCASTER, Gwendolyn et al. Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. **Journal Of Nursing Scholarship**, [s.l.], v. 47, n. 3, p.275-284, 19 mar. 2015. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12130>.

LAVRAS, Carmem. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.867-874, set; 2011. Quadrimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

LEININGER, Madeleine. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *J Transcult Nurs* 2002; 13 (3): 189-92.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 13. ed. São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda, 2011. 99 p.

MACHADO, Eliana Cacia de Melo. Processo de trabalho em saúde: gestão do perfil do profissional de enfermagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Belo Horizonte, v. 7, n. 4, p.1-17, jan. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/349-1649-1-PB.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

MANIAS, E.; STREET, A.. The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. **International Journal Of Nursing Studies**, [s.l.], v. 38, n. 2, p.129-140, abr. 2001. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489\(00\)00055-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00055-9).

MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Análise da conversação**. São Paulo: ÁTICA, 2003.

MARTINS, Júlia Trevisan; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.1-8, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_09.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

MARX, Karl. **O capital**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975. Tradução de Ronaldo Alves Schimidt.

MCCAFFREY, Ruth G. et al. A Program to Improve Communication and Collaboration Between Nurses and Medical Residents. **The Journal Of Continuing Education In Nursing**,

[s.l.], v. 41, n. 4, p.172-178, 1 abr. 2010. SLACK, Inc. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20100326-04>

MESSMER, Patricia R.. Enhancing Nurse-Physician Collaboration Using Pediatric Simulation. **The Journal Of Continuing Education In Nursing**, [s.l.], v. 39, n. 7, p.319-327, 1 jul. 2008. SLACK, Inc.. <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20080701-07>.

MILLER, Karen-lee et al. Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 64, n. 4, p.332-343, nov. 2008. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04768.x>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, Virginia. Da empatia à compreensão do Lebenswelt (mundo vivido) na psicoterapia humanista-fenomenológica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p.59-70, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a05v12n1.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2017.

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. REFLEXÕES SOBRE ESTRESSE E BURNOUT E A RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.255-261, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a19.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

MUGGIATI, Margarida Maria Teixeira de Freitas. **Hospitalização escolarizada: uma nova alternativa para o escolar-doente**. 78 f. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação Mestrado em Educação, 1989, Porto Alegre, RS.

NAIR, Dawn Marie et al. Frequency of nurse–physician collaborative behaviors in an acute care hospital. **Journal Of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.115-120, 6 dez. 2011. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2011.637647>.

NELSON, Gina Aya et al. Nurse-Physician Collaboration On Medical-Surgical Units. **Medsurg Nursing**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.35-41, fev. 2008.

NOGUEIRA, Lilia de Souza et al. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p.59-67, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/714/71422299007.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre enfermagem. São Paulo/Ribeirão Preto: Cortez/ABEN-CEPEN; 1989.

OJHA, A.; LE BRASSEUR, R.; WHISSELL, R. Organisational learning, transformational leadership and implementation of continuous quality improvement in Canadian hospitals. **Australian Journal of Management**, Sydney, v. 27, n. 2, p. 141-161, 2002.

OLIVEIRA, R. M. R. A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 143 p.

OLIVEIRA, Ana Maria de et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 10, p.433-439, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/23.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2016.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa. Relações de poderes (inter)profissionais e (inter)institucionais no hospital. **R Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. 2, p.295-300, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a15.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2016.

OLIVEIRA, Elaine Machado; SPIRI, Wilza Carla. O significado do processo de trabalho cuidar para o enfermeiro da UTI. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.482-489, 8 jan. 2011. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i3.11015>. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11015/pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2018

ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.

PARADIS, Elise. et al. Delivering Interprofessional Care in Intensive Care: A Scoping Review of Ethnographic Studies. **American Journal Of Critical Care**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.230-238, 1 maio 2014. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2014155>.

PENA, Roberto Carlos Amanajas; PENA, Maria do Livramento Amanajas. "O saber socrático e platônico", **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Nov. 2013, Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/cccss/26/socrates-platon.html> >. Acesso em: 04 jan. 2018.

PEREIRA, Maria Cecília; BRITO, Mozar José. A Análise do discurso como prática e processo de produção de sentidos: proposta teórico metodológica. In: CARRIERI, Alexandre de Pádua et al. **Análise do Discurso em Estudos Organizacionais**. Curitiba: Juruá, 2009. Cap. 3. p. 54-77

PEREIRA, Bruna Tinoco et al. A passagem de plantão e acorrida de leito como instrumentos norteadores para o planejamento da assistência de enfermagem. **Reme – Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p.283-290, abr. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/v15n2a18.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca. **Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil, 1942/66 – um esboço de história econômica**. 2008. 266 f. Tese (Doutorado) - Curso de História, Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em:

<file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/TESE_EDUARDO_BUENO_DA_FONSECA_PERILLO.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2018.

PETERS, Michael. Pós-estruturalismo e filosofia da diferença. Belo Horizonte: Autentica, 2000. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B2a3UynNKV2CV3l0Q3BLSk5EVms/edit>>. Acesso em 27 abr. 2016.

PETRI, Laura. Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. **Nursing Forum**, [s.l.], v. 45, n. 2, p.73-82, abr. 2010. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x>.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Reben: Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 5, n. 62, p.739-744, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p. Tradução de Anayr Porto Farjado.

RABELO, Ana Renata de Moura. **Cuidado de si de enfermeiras obstétricas: Decisões sobre seus corpos e vidas**. 2016. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Educação em Saúde e Enfermagem., Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/999M.PDF>>. Acesso em: 20 ago. 2017

REEVES, Scott et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p.1-50, 28 mar. 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd002213.pub3>. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002213.pub3/pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

RIAZ, Adnan; HAIDER, Mubarak Hussain. Role of transformational and transactional leadership on job satisfaction and career satisfaction. **Beh - Business And Economic Horizons**, Prague, Czech Republic, v. 1, n. 1, p.29-38, abr. 2010. ISSN: 1804-1205 | www.pieb.cz. Disponível em: <http://www.academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/beh/volume1/201103201428_05_V1_PAKISTAN_BEH_Adnan_Riaz_d.pdf>. Acesso em: 16 maio 2016.

ROBINSON, F. Patrick et al. Perceptions of Effective and Ineffective Nurse-Physician Communication in Hospitals. **Nursing Forum**, [s.l.], v. 45, n. 3, p.206-216, 3 ago. 2010. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00182.x>.

ROSENSTEIN, Alan H.. Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. **Ajn, American Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 102, n. 6, p.26-34, jun. 2002. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00000446-200206000-00040>.

ROSENSTEIN, Alan H.; O'DANIEL, Michelle. Impact and Implications of Disruptive Behavior in the Perioperative Arena. **Journal Of The American College Of Surgeons**, [s.l.], v. 203, n. 1, p.96-105, jul. 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.03.027>. Disponível em: <<http://www.physiciandisruptivebehavior.com/admin/articles/1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SANTOS, Beatriz Regina Lara; MORAES, Eliane Pinheiro; PICCININI, Germa Conte; SAGEBIN, Helena Victória; EIDT, Olga Rosária; WITT, Regina Rigato. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 49-59, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53nspe/v53nspea07.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017

SANTOS, José. Trindade. **Platão: a construção do conhecimento**. São Paulo: Paulus, 2012.

SANTOS, Paola Souza; BERNARDES, Andrea; VASCONCELOS, Rosane Maria Andrade, SANTOS, Rayanne da Silva. Relação entre médicos e enfermeiros do hospital regional de Cáceres Dr. Antônio Fontes: a perspectiva do enfermeiro. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina** - Número 4. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). 2015 jul.-dez. (p. 10-28).

SCHMALENBERG, Claudia; KRAMER, Marlene. Nurse-Physician Relationships in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story. **Critical Care Nurse**, Columbia, v. 29, n. 1, p.74-85, fev. 2009.

SIEGELE, P.. Enhancing Outcomes in a Surgical Intensive Care Unit by Implementing Daily Goals Tools. **Critical Care Nurse**, [s.l.], v. 29, n. 6, p.58-69, 1 dez. 2009. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2009663>.

SILVA, Itala Maria Bazzarelli Pereira. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiros no contexto hospitalar**. 2006. 157 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoseenfermeirasnocontextohospitalar.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2017.

SIROTA, Theodora. Nurse/physician relationships: Improving or not? **Nursing**, Philadelphia, v. 37, n. 1, p.52-56, jan. 2007.

SOLLAMI, Alfonso; CARICATI, Luca; SARLI, Leopoldo. Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. **Journal Of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.223-229, 10 set. 2014. Informa UK Limited.

SORENSEN, Roslyn; IEDEMA, Rick. Advocacy at end-of-life. **International Journal Of Nursing Studies**, [s.l.], v. 44, n. 8, p.1343-1353, nov. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.019>.

STEIN-PARBUR, Jane; LIASCHENKO, Joan. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. **American Journal Of Critical Care**, [s.l.], v. 16, n. 5, p.470-480, set. 2007.

TANG, C.J. et al. Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. **International Nursing Review**, [s.l.], v. 60, n. 3, p.291-302, 27 maio 2013. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12034>.

THOMAS, Eric J.; SEXTON, J. Bryan; HELMREICH, Robert L.. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians*. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.956-959, mar. 2003. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.ccm.0000056183.89175.76>.

THOMSON, S. Nurse-physician collaboration: a comparison of the attitudes of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting. **Medsurg Nurs**, [s.l.], v. 16, n. 2, p.91-104, abr. 2007.

TSCHANNEN, Dana et al. Implications of nurse-physician relations: Report of a successful intervention. **Health Systems Science**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.127-135, maio 2011.

TURKIEWICZ, Maria. **História da Enfermagem**. Paraná, ETECLA, 1995

TURNER, J. H. Medical power and social knowledge. Londres: Sage, 1987.

VAZIRANI, Sondra et al. Effect of a Multidisciplinary Intervention on Communication and Collaboration among Physicians and Nurses. **American Journal Of Critical Care**, Columbia, v. 4, n. 1, p.71-77, jan. 2005.

VEGESNA, Ashok et al. Attitudes towards physician–nurse collaboration in a primary care team-based setting: Survey-based research conducted in the chronic care units of the Tuscany region of Italy. **Journal Of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.65-70, 2 jan. 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1081878>.

VELLOSO, Isabela Silva Câncio et al. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Rev. Gaucha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p.388-391, jun. 2010. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/26.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2016.

VELLOSO, Isabela Silva Câncio. **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. 2011. 129 f. Tese (Doutorado) - Curso de Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/638D.PDF>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

VENDEMIATTI, Mariana et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.1301-1314, 2010. Mensal. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/039.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2016.

VERONESE, Sílvia Mara. Hospital: disciplinamento do sujeito ou da subjetividade social? In: v encontro nacional sobre atendimento escolar hospitalar, 2007, Curitiba. **Anais**. Curitiba: PUC/PR 2007. p. 4440 - 4448. Disponível em:<<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/PA-540-12.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

WARD, Julia et al. The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician–Nurse Collaboration: A study with undergraduate nursing students. **Journal Of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.375-386, jan. 2008. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820802190533>.

WATSON Jean. Some issue related to science of caring for nursing practice. In: Leininger M. Caring an essential human need. New Jersey: Charles B/Slack Publishing; 1981.

WELLER, Jennifer M; BARROW, Mark; GASQUOINE, Sue. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. **Medical Education**, [s.l.], v. 45, n. 5, p.478-487, 17 mar. 2011. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x>.

WENHAM, Tim; PITTARD, Alison. Intensive care unit environment. **Continuing Education In Anaesthesia: Critical Care & Pain**, Oxford, v. 9, n. 6, p.178-183, nov. 2009. Disponível em: <http://e-safe-anaesthesia.org/e_library/12/Intensive_care_unit_environment.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; SANTOS, André Leonardo Copetti. MICHEL FOUCAULT E A ARQUEOLOGIA/GENEALOGIA DO PODER: da sociedade disciplinar à biopolítica. **Revista Quaestio Iuris**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.405-424, 27 fev. 2016. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/rqi.2016.17727>. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/17727>>. Acesso em: 28 dez. 2017.

WIKSTROM, Ann-charlott; LARSSON, Ullabeth Satterlund. Patient on display - a study of everyday practice in intensive care. **Journal Of Advanced Nursing**, [s.l.], v. 43, n. 4, p.376-383, ago. 2003. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02726.x>.

YIN, Robert.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p.75-80, jul. 1996. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/8762>>. Acesso em: 13 set. 2017.

ZIMERMAN, David Epelbaum. A formação psicológica do médico. In: Mello Filho J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.64-9

ZUZA, Daniele Cristine; SILVA Mauro Antônio Pires Dias. Estudo sobre a identidade do enfermeiro em uma instituição hospitalar cooperativista. **REME – Rev. Min. Enf.**;11(4):420-424, out./dez., 2007.

Apêndices

APÊNDICE A

Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Configuração das práticas de saúde entre médicos e enfermeiros de um centro de terapia intensiva na perspectiva das relações de poder**” para fins de obtenção do título de Mestre em Enfermagem da pesquisadora Tauana Wazir Mattar e Silva, sob a orientação da Professora Dr^a Isabella Silva Câncio Velloso, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Sua participação na pesquisa será respondendo a algumas perguntas sobre as práticas de saúde realizadas no centro de terapia intensiva e, se não quiser, não é obrigado a responder. Além da entrevista, será utilizada a observação do campo também como ferramenta de obtenção de dados.

Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e o material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que será desenvolvida por meio da Análise de Discurso. O objetivo é compreender a configuração das práticas de saúde de médicos e enfermeiros de centros de terapia intensiva, com base nas relações de poder que se estabelecem entre esses profissionais. Queremos saber como você percebe a relação interprofissional e como ela interfere nas práticas de saúde aos pacientes internados.

Sua participação consiste em responder algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação e do roteiro de entrevista semi-estruturado. O local, data e horário da entrevista serão agendados de acordo com a sua disponibilidade. Seu nome não será divulgado ou conhecido por outras pessoas que não trabalham na pesquisa. Você poderá sair do estudo a qualquer momento se quiser sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho, bem como solicitar todas as informações que desejar à pessoa que o entrevistar ou por telefone com a pesquisadora.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e pelo Comitê de Ética próprio da instituição cenário do estudo. O uso dos dados e informações é somente para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita através de artigos publicados em revistas, apresentações de trabalhos em Congressos e dissertação de mestrado da escola de Enfermagem da UFMG.

Seu nome não será conhecido nas publicações, somente as falas serão utilizadas sem identificação. O TCLE será assinado em duas vias e o participante terá direito a uma via do documento devidamente preenchido e assinado pelo pesquisador.

Eu, _____ CI _____, declaro ter sido esclarecido sobre a finalidade da pesquisa e concordo em conceder a entrevista solicitada, sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados para publicação de artigos em revistas, apresentações em Congressos e na dissertação de mestrado.

Assinaturas:

Entrevistado _____ Data: _____ Pesquisador: _____ Data: _____

Orientadora:

Prof. Dr^a Isabela Silva Câncio Velloso – isacancio@gmail.com
Avenida Alfredo Balena, 190/sala 516, Santa Efigênia
Belo Horizonte – MG. CEP 30 130 000. Fone: 3409-9851

Pesquisadora:

Tauana Wazir Mattar e Silva – twmattar@gmail.com
Rua Fidélis Martins, 34/501 - Buritis
Belo Horizonte – MG. CEP 30575-090. Fone: 3327-6931 / 98314-2865

Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFMG – COEP/UFMG
Av presidente Antonio Carlos 6627 – Unidade administrativa II, sala 2005.
E-mail coep@prpq.ufmg.br Fone 3409-4592

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista - Enfermeiros

IDENTIFICAÇÃO: DATA: ___/___/___ ENTREVISTA Nº ___
 Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: () F () M Estado civil: _____
 Ano de conclusão graduação: _____ Especialização: () Sim () Não Qual: _____
 Especialização _____ Ano: _____
 Mestrado _____ Ano: _____
 Doutorado _____ Ano: _____
 Tempo de trabalho em CTI: _____ Tempo de trabalho na instituição: _____
 Turno de trabalho: () Diurno () Noturno Carga Horária mensal: _____
 Possui outro vínculo além desse? () Sim () Não. Qual: _____
 Possui curso técnico? Qual? _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale um pouco sobre o que é, para você, ser enfermeiro.
2. Como são as relações entre médicos e enfermeiros no CTI, no dia a dia do trabalho?
 Pode me dar algum exemplo para exemplificar essa relação?
 O que você considera realmente importante nessa relação?
 Como esses profissionais lidam com situações de divergências ou conflitos?
 Como ambos se posicionam diante das normas institucionais estabelecidas?
3. Você acredita que a forma como se estabelece a interação entre médicos e enfermeiros na unidade possibilita o melhor cuidado possível ao paciente? Por quê?
4. O que você considera ser um bom médico?
5. Se você pudesse melhorar alguma coisa na relação médico-enfermeiro, o que você melhoraria?
6. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista - Médicos

IDENTIFICAÇÃO: DATA: ___/___/___ ENTREVISTA Nº ___
 Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: () F () M Estado civil: _____
 Ano de conclusão graduação: _____ Especialização: () Sim () Não Qual: _____
 Especialização _____ Ano: _____
 Mestrado _____ Ano: _____
 Doutorado _____ Ano: _____
 Tempo de trabalho em CTI: _____ Tempo de trabalho na instituição: _____
 Efetivo: () Sim () Não Residente: () Sim () Não
 Turno de trabalho: () Diurno () Noturno Carga Horária: _____
 Possui outro vínculo além desse? () Sim () Não Total: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale um pouco sobre o que é, para você, ser médico.
2. Como são as relações entre médicos e enfermeiros no CTI, no dia a dia do trabalho?
 Pode me dar algum exemplo para exemplificar essa relação?
 O que você considera realmente importante nessa relação?
 Como esses profissionais lidam com situações de divergências ou conflitos?
 Como ambos se posicionam diante das normas institucionais estabelecidas?
3. Você acredita que a forma como se estabelece a interação entre médicos e enfermeiros na unidade possibilita o melhor cuidado possível ao paciente? Por quê?
4. O que você considera ser um bom enfermeiro?
5. Se você pudesse melhorar alguma coisa na relação médico-enfermeiro, o que você melhoraria?
6. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?